R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL.
B 44
14

Nº 2810

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA RINOPLASTIA

EN LAS

GRANDES DESTRUCCIONES NASALES

TESIS

presentada para optar el título de Doctor en Medicina

POR

Marco Acuña

Ex-practicante externo del Hospital San Roque
Ex-practicante interno del Hospital José M. Bosch
Ex-practicante interno del Hospital Torcuato de Alvear
Ex-practicante interno del Hospital Rawson

BUENOS AIRES
1914

R. BIBLIOTECA MEDICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA RINOPLASTIA

EN LAS

GRANDES DESTRUCCIONES NASALES

TESIS

presentada para optar el título de Doctor en Medicina

POR

Marco Acuña

Ex-practicante extêrno del Hospital San Roque
Ex-practicante interno del Hospital José M. Bosch
Ex-practicante interno del Hospital Torcuato de Alvear
Ex-practicante interno del Hospital Rawson

BUENOS AIRES
1914

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Antonio C. Gandolfo

Vice-Presidente

Dr. D. Luis Güemes

Miembros titulares

1. Dr. D. José T. Baca.
2. » » Jacob de Tezanos Pinto
3. » » Eufemio Uballes
4. » » Pedro N. Arata
5. » » Roberto Wernicke
6. » » Pedro Lagleyze
7. » » José Penna
8. » » Luis Güemes
9. » » Eliseo Cantón
10. » » Enrique Bazterrica
11. » » Antonio C. Gandolfo
12. » » José M. Ramos Mejía
13. » » Daniel J. Cranwell
14. » » Horacio G. Piñero
15. » » Juan A. Boeri
16. » » Angel Gallardo
17. » » Carlos Malbran
18. » » M. Herrera Vegas
19. » » Angel M. Centeno
20. » » Diógenes Decoud
21. » » Baldomero Sommer
22. » » Francisco A. Sicardi
23. » » Desiderio F. Davel
24. » » Domingo Cabred
25. » » Gregorio Araoz Alfaro

Secretarios

Dr. D. Daniel J. Cranwell
» » Marcelino Herrera Vegas

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Telémaco Susini
2. » » Emilio R. Coni
3. » » Olinto de Magalhaes
4. » » Fernando Widal

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEIGA
» ELISEO CANTÓN
» J. M. RAMOS MEJÍA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OVEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DÉCOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNASIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos Extraordinarios
Zoología médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	» ALOIS BACKMANN
Clínica Ginecológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Médica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» MARIANO ALURRALDE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediárica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO F. PIÑERO
Patología interna	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Oto-rino-laringologica	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignatura	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía Descriptiva	» PEDRO BELOU
Zoología Médica	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología	FRANK L. SOLER
Bacteriología	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica	ROBERTO SOLÉ
	CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia médica y Terapeutica	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
» Dermato-sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemológica	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETI
» Oto-rino-laringológica	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Quirurgica	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Médica	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	M. R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
Clínica Obstétrica	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGÉ
	JUAN B. GONZALEZ
Medicina Legal	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JOAQUIN V. GNECCO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» RICARDO SCHATZ

Asignatura	Catedrático Extraordinario
Farmacognosia	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química analítica	» JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	DR. ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año.....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2o año.....	» LEON PEREYRA
3er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.

Catedrático sustituto

Dr. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ENRIQUE FINOCHIETTO

Jefe de la Sala VIII en el Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MI PADRE

DON FLORENCIO SAMUEL ACUÑA

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A MI PRIMO CÁRLOS SAMUEL

Señores Académicos,

Señores Consejeros,

Señores Profesores:

Presento a vuestra consideración, este modesto trabajo, con el cual vengo a cumplir el último deber de alumno de la Escuela de Medicina y al presentarosló permitid que os exprese, la profunda pena que me embarga ante la pequeñez de la obra; otra fué mi ambición, habría querido, como en recompensa a los esfuerzos de mis maestros, algo que igualase a mi reconocimiento, algo más grande, más brillante, de más colorido personal siquiera, pero mal puede dar el que nada tiene; sed pués benévolos y no olvideis al examinar esta Tesis, la gran distancia que nos separa, la experiencia de que carezco.

Como practicante del servicio de Cirujía, de la Sala XI, en el Hospital Rawson, tuve la oportunidad de ver, a un sujeto, cuya historia se encuentra, entre las observaciones, que van al final, dicho sujeto había, por lesiones especificas terciarias, sufrido una destrucción completa de la nariz, de ambos labios, habiendo esta pérdida de substancia alcanzado, a los huesos de la nariz y del maxilar superior al nivel de la espina nasal, había además ectropión, y la piel de la frente y del mentón, no eran

sino cicatrices, su aspecto era horroroso, su voz casi ininteligible; ahora bien, lo que más contruibuía a hacer su aspecto tan repugnante, era la falta de nariz, la historia más detallada de este caso va al final; el Dr. Enrique Finochietto, Jefe de Clínica en el servicio, hizo una restauración, la primera que yo veía hacer; tal es el origen de este trabajo, en él pasaré en revista, la rinoplastias que corrigen pequeños defectos de la nariz, haré una clasificación de estos defectos y me detendré con preferencia, en las grandes destrucciones nasales y en la restauración de estas destrucciones; más que un estudio sobre Rinoplastias en general, este será el de las Rinoplastias que, como en el caso-origen, van a remediar deformidades horribles.

A pesar de la crítica de Denonvilliers: «El cirujano, no hace sinó substituir una enfermedad ridícula a una enfermedad repugnante», los cirujanos han persistido en su empeño, la antisepsia ha venido en su auxilio, las cicatrices son lineares, el esqueleto ya no tiende a eliminarse o reabsorverse, la técnica es más precisa, y aún cuando los métodos operatorios son incontables, va quedando de cada uno de ellos alguna enseñanza, abandonando unos, modificando otros, quedando siempre con lo que mejor resultado ha dado, por otra parte, las lesiones son muy distintas en sí, de donde nuevos métodos y modificaciones. — Resulta pués que el que emprende un estudio de este tema, debe ilustrarse forzosamente en multitud de artículos y publicaciones dispersas en revistas y libros y en el temor de resultar confuso voy a permitirme esbozar el plan de la obra.

En el Capítulo tercero, el más largo, me ocuparé de

la técnica de las restauraciones, describiendo métodos y aparatos nuevos, entre ellos, el ideado por el Dr. E. Finochietto para las plásticas de cara en el método Italiano: y terminaré con las observaciones y fotografías ilustrativas de los casos operados en la Sala XI del Hospital Rawson.

Creo de mi deber, antes de terminar este prólogo, dejar aquí constancia de mis sinceros agradecimientos, al Doctor Miguel Sussini, jefe de clínica del servicio de cirujía de la Sala XIII del Hospital San Roque del que fuí practicante externo; al Doctor Guillermo H. Andreau, Director del Hospital José María Bosch, del que fuí practicante interno, de cuyas bondades guardo imperecedero recuerdo; al Doctor David Prando, jefe del servicio de cirujía de la Sala XI del H. Rawson, en cuyo servicio aprendiera tantas cosas; al Doctor Joaquín Rubiera mi jefe en la Sala I del Hospital Rawson.

He de saludar también, con respectuoso cariño al Doctor Martín Reibel, el grande amigo de los muchachos, de gran figura simpática y jovial.

Al Doctor Enrique Finochietto, por sus enseñanzas, mientras fuí practicante del servicio, por la paciencia con que me ha guiado en la copilación bibliográfica necesaria a esta Tésis primero, por sus consejos en el desarrollo del tema después, por las molestías que han debido causarle, los mil detalles de procedimientos y aparatos a mi descritos, por acompañarme en este acto fundamental como padrino, he de quedar ligado para siempre por mi más gran reconocimiento.

Y ahora, a los internos en los Hospitales José María Bosch en 1911 y Rawson en 1912 y 1913, con los que me

ligan afectuosos lazos, mi cariñoso recuerdo; a mis camaradas Ernesto L. Pinto, José B. Cereijo, Horacio R. Martínez Leanes, José M. Riera, Juan Ortuño Gonzalez y Fidel R. Alsina mi gran afecto.

RINOPLASTIAS

CAPÍTULO I

Generalidades

La rinoplastia es el arte de corregir las deformidades de la nariz. Estas consisten en una exageración de volúmen, en una alteración de forma, una modificación de dirección o lo que es mucho más frecuente, ellas son debidas a una destrucción total o parcial de la nariz. (Nélaton y Ombrédanne).

En el presente trabajo he de ocuparme muy especialmente de la restauración de la nariz que ha sufrido una destrucción total o parcial, pués son destrucciones de esta naturaleza las que refieren las observaciones que a el acompañan; siendo por otra parte muy basto el Capítulo que en Cirugía estudia todas las Rinoplastias no puede abarcársele con fruto, sin algunos años de dedicación especial con la que no puede contar el que está todavía al comienzo de la senda: estas dos razones han de justificarme suficientemente.

En este capítulo, sin embargo, haré una breve reseña de lo que llamaré más tarde, deformidades de la nariz sin pérdida de substancia y de sus métodos de curación.

Aun cuando la Cirugía haya progresado notablemente, en cuanto a simplificación de técnica a seguridad en la anestesia, tiempo de capital importancia aquí, no son las narices restauradas, ni con mucho, modelos de belleza, el resultado estético no satisface pués totalmente y este resultado es explicable considerando, que, un órgano tan evidente suele a veces, con una simple cicatriz o con una pequeña desviación o una imperceptible exuberancia, desfigurar rostros regularmente conformados, ahora, estas cicatrices son inevitables y estas desviaciones y exuberancias muy frecuentes, después de una intervención, a pesar de la técnica más minuciosa. Dicho esto parecería que nunca debiese intentarse una restauración, pués se haría correr el riesgo al paciente de una deformidad mayor que aquella de la que es portador, y esto es cierto para los pequeños defectos; pero la rinoplastia, presta grandes servicios y cuando en lugar de un agujero abierto en medio de la cara, el cirujano da al paciente una verdadera nariz, con su salida y su forma casi natural, es innegable que ha hecho una buena reparación. No es menos cierto que esa nariz rehecha es muy fea comparada con una nariz natural y que los

más bellos resultados, no pueden así ser calificados, sino cuando se los compara a las deformidades primitivas esta última parte queda plenamente demostrada, con las fotografías que acompañan a las observaciones que traigo.—En suma la rinoplastia debe ser reservada a las deformidades chocantes, penosas por todos conceptos y en estos casos dará sus resultados, que mediocres de una manera absoluta no dejan por esto de ser excelentes y notables; tal es el estado actual de esta cuestión, los progresos en la técnica se suceden día por día, ellos nos dirán, muy pronto quizá la última palabra.

Deformidades de la nariz sin pérdida de substancia

Tres son las causas de deformidades de esta naturaleza, a saber: las malformaciones congénitas, los traumatismos y el acné hipertrófico.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Se conoce un solo caso indiscutible de ausencia de nariz, en un niño por otra parte bien conformado, el de Maisonneuve.

Lannelongue y Menard han observado un caso de

atrofia congénita, parcial, por ausencia de los huesos propios.

Más frecuente es encontrar la bifidez más o menos acentuada del lóbulo; Monks explica así esta bifidez «parece que en el período de desarrollo, las dos mitades de la nariz no se aproximan suficientemente, en la línea media y resulta de esto un largo surco mediano y vertical, que constituye una real deformidad. En un caso semejante yo levanté un colgajo elíptico, comprendiendo la piel y el tejido subyacente, al nivel de la depresión y reuní por suturas, los dos lábios de la incisión; agregan Nélaton y Ombrédanne, el resultado fué excelente y nosotros pensamos que la conducta de Monks debía ser imitada, nosotros sabemos en efecto, por experiencia, cuantos buenos resultados se obtienen, remediando, por este procedimiento, pérdidas de substancia, extrictamente medianas.

Pero las deformidades observadas más frecuentemente, consisten en salidas anormales y congénitas, que se asientan ya en la punta de la nariz que toma la forma de una trompa de tapir o de un pico de loro, ya en el dorso, haciendo una nariz gibosa, que toma tan variadas y peregrinas formas.

En las deformidades del primer grupo, Baratoux, Joseph, Roë, Smith, han intervenido, destacando desde luego, el lóbulo del subtabique y después han resecado por debajo un fragmento del lóbulo exuberante

y a veces también un fragmento del esqueleto del tabique en forma de cuña a base anterior, los resultados han sido buenos.

En un caso de salida exagerada del dorso de la nariz, Blandin incindió sobre la línea media los tegumentos, resecó los cartílagos al nivel de la salida anormal y cerró la herida, el resultado fué excelente.

La posibilidad de la fisura congénita de la nariz, deformidad análoga al labio leporino, es señalada por Boyer.

Las deformidades de los orificios nasales, consisten sobre todo en su estrechez, o en su obstrucción.

La estrechez congénita es rara según Després.

La deformidad congénita más frecuente, en la desviación a derecha o izquierda de la punta de la nariz, causada y mantenida por la desviación del tabique; a veces este tabique toma una forma de S, de tal suerte que los dos orificios pueden ser obstruídos en parte o en totalidad, la exición de una porción triangular del tabique permite darle su rectitud normal y enderezar la naríz.

TRAUMATISMO DE LA NARIZ

Se tratará aquí, de los traumatismos, que interesan el esqueleto osteo-cartiloginoso de la nariz, que com-

prometen la forma del órgano, dejando de lado las lesiones que tocan solamente el tegumento, estas se suturan si son asépticas, como es sabido.

Consideraré primero los traumatismos recientes, luego los traumatismos antiguos.

TRAUMATISMOS RECIENTES

Están representados por la fractura de los huesos propios o del cartílago del tabique, o bien por luxaciones de los cartílagos sobre los huesos; estas fracturas han sido estudiadas por Jarjavay, Mollière, etc. Chevallet ha trazado de ellas un cuadro de conjunto.

En los traumatismos que interesan exclusivamente las porciones cartilaginosas hay dos tipos bien definidos de lesiones.

El primer tipo, es dado por la luxación, hacia atras del cartílago del tabique, sobre el vomer, a consecuencia de un golpe sobre el dorso de la nariz.

El segundo tipo está representado, por la inclinación lateral violenta, de la porción cartilaginosa de la nariz, con hundimiento de esta porción cartilaginosa.

La mayor parte de los autores han hecho notar que las deformaciones de la nariz y sus desviaciones, son poco sensibles inmediatamente después del traumatismo, pues son disimuladas por la tumefacción de las partes

blandas, que es siempre considerable. Es más tarde que las deformidades se acusan.

Este hecho es tanto más importante a retener, cuanto que inmediatamente después del accidente y en los dos o tres días que le siguen, el tratamiento es extremadamente simple y más tarde se hace difícil la reducción.

Consiste este tratamiento en volver a enderezar la nariz. Si ha tomado la forma de silla, después de un golpe sobre el dorso que ha provocado la luxación del cartílago hacia atrás es menester, con ayuda de anchas pinzas a extremo romo, bajo anestesia si es necesario, efectuar el enderezamiento completo introduciendo en las fosas nasales, las ramas de estas pinzas y llevándolas arriba y adelante, con fuerza de manera a proyectar hacia adelante, la extremidad cartilaginosa de la nariz y una vez obtenido el enderezamiento, se le mantendrá, con ayuda de un taponamiento de la región anterior de las fosas nasales con gasa estéril.

Si el traumatismo ha desviado lateralmente, la nariz, hay también que enderezar el tabique desplazado, por fractura o luxación.

Aquí también deben utilizarse las anchas pinzas a extremo romo, introducidas en las fosas nasales y la reducción se hará llevando la nariz hacia adelante y como en los casos anteriormente indicados un taponamiento mantendrá la corrección.

La condición indispensable para obtener buenos resultados, es la de obrar dentro de los dos o tres primeros días.

Las maniobras de reducción son dolorosas, la anestesia es a menudo necesaria.

En los casos en que han pasado muchos días después del traumatismo se emplean multitud de aparatos intra y extra nasales, que actúan constantemente sobre la desviación hasta conseguir alguna corrección.

Al lado de estas fracturas y luxaciones que se pueden reducir y contener y que llamaremos casos simples, existen casos graves.

Casos graves. — En estos una herida de los tegumentos hace a veces comunicar el foco de la fractura con el exterior de donde resulta una indicación nueva, la de ir por esta herida a limpiar el foco, levantando y conservando todos los fragmentos que adhieren aún al periostio y dando, gracias a ellos su forma a la bóveda nasal.

Son graves también aquellos casos en que la lesión, resiste a la reducción bajo anestesia o a la contención, en esos casos aun cuando los tegumentos estén intactos se intervendrá, por una incisión rigurosamente mediana, sobre el dorso de la nariz, incisión que permitirá levantar y colocar en buena posición los fragmentos y suturarlos luego.

La herida operatoria cerrada, la cicatriz será poco apreciable si aquella ha sido mediana.

TRAUMATISMOS ANTIGUOS

Hay aquí también casos ligeros y casos graves.

Casos ligeros. — Estos casos están caracterizados por una desviación, sin exuberancia anormal, la deformación es en general consecutiva a una fractura del tabique y una intervención sobre el tabique, basta generalmente para su corrección.

Casos graves. En estos, a las luxaciones y fracturas se agregan callos exuberantes, que exajeran la deformidad y hacen la intervención más compleja. Monks, Roë, Smith, Dieffenbach, Hoppe, Trendelenburg y Berger han ideado intervenciones en presencia de estos casos graves.

El procedimiento de Monks es muy ingenioso, con unas tijeras, se fragua un túnel, sub-cutáneo, hasta los huesos propios, luego substituye a las tijeras, una espátula especial que abraza, los dos huesos propios y descansa a plano sobre el dorso de la nariz, luego con un tallo de acero, apoyado en el plano de la espátula, dando un golpe de martillo en dicho tallo se

fractura el callo exuberante. Este procedimiento es aplicable a los callos exuberantes al nivel de los huesos propios sin desviación de la nariz.

Roë reseca el callo a bisturí introduciendo la lámina en las fosas nasales y yendo a través de la mucosa.

Smith, destaca casi todo el esqueleto de la nariz, incindiendo el subtabique transversalmente, lateralmente en los surcos naso genianos, hace nuevas incisiones mediante las cuales levanta la extremidad nasal, llega a los huesos propios, reseca el callo exuberante vuelve a bajar el colgajo y sutura.

Dieffenbach, con un cuchillo especial, falciforme, punciona en la unión del hueso y el cartílago, destaca este de aquél y endereza el cartílago desviado, manteniéndolo luego en posición, por tapones, etc.

Hoppe, por las fosas nasales secciona el subtabique y el tabique separándolos del dorso del órgano, luego los cartílagos laterales, separándolos de los huesos propios y reduce y mantiene esta reducción.

Trendelenburg, como Hoppe interviene por las fosas pero secciona solamente el tabique.

Berger, incindió en un caso, sobre la línea media y de arriba abajo, los tegumentos de la nariz, desprendió ampliamente los colgajos, descubriendo así el esqueleto osteo-cartilaginoso, resecó el callo exuberante, corrigió la desviación y suturó luego los cartílagos a

los huesos, manteniendo además con apósitos la reducción.

ACNÉ HIPERTRÓFICO

Esta enfermedad trae deformidades de la nariz, pero me detendrá muy poco tiempo, pués ella entra en el dominio de la Dermatología, y por otra parte sus deformidades no interesan más que los tegumentos.

Las escarificaciones, o el termo-cauterio, procedimiento de Ollier, son sus mejores tratamientos quirúrgicos.

CAPÍTULO II

Destrucciones nasales

El estudio de las destrucciones parciales o totales de la nariz, es como ya dije, el objeto principal de este trabajo; después de algunas palabras sobre historia de las rinoplastias y sobre las causas más comunes de destrucción nasal voy a detenerme un poco, en la clasificación de estas destrucciones, clasificación que va a ser muy útil, al estudio de los métodos operatorios que emprenderé en el Capítulo siguiente.

Puede decirse que, la rinoplastia, no tuvo en principio otro fin, que, el de remediar estas grandes pérdidas de substancia; todos los cirujanos desde la antigüedad, hasta nuestros días, no han buscado otra cosa, ahora bien, estas destrucciones, varían mucho de extensión, se asientan en distintas partes del órgano, toman múltiples formas, son llevadas por sujetos de tan distintas idiosincracias y se cuenta para las restauraciones con tan distintas calidades de piel, que es fácil comprender, la enorme cantidad de métodos operatorios que existen, cada cirujano en cada caso particular tiene su método.

El hacer una clasificación de las destrucciones na-

sales. tiene por objeto, simplificar el estudio de estos métodos, agrupando aquellos que tratan de corregir deformidades semejantes, deshechando aquellos que la práctica, ha demostrado condenables, tratando de señalar un método de elección, para cada tipo de lesiones.

Historia. — Hacia la mitad del siglo XV, la rinoplastia era ya conocida en Europa.

Branca en 1442 restauraba narices, tomando un colgajo, a la cara misma del enfermo; su hijo Antonio Branca, tomó un colgajo sobre la piel del brazo y parece haber sido el creador del método italiano.

Balthazar, Pavone y Mongitore repitieron las mismas operaciones y los Bojani, durante el siglo XV, adquirieron en Nápoles una gran celebridad, en el arte de acortar narices; los hermanos Bojani recorrieron la Europa restaurando narices; Vicente Vianeo, continuó aplicando los métodos de los Branca y los Bojani y en 1460, un caballero de la orden teutónica, el hermano Heinrich von Pfolspeundt, escribió un libro, donde se trataba de rinoplastias.

Durante cien años, las plásticas de nariz estuvieron abandonadas, hasta que a mediados del siglo XVI, Tagliacozzi, profesor en Bolonia las sacó del olvido, sus operaciones tuvieron una repercusión enorme en Italia y en toda Europa, Tagliacozzi, tomaba un col-

gajo del brazo, perfeccionando además el procedimiento de inmovilización de sus predecesores: murió en 1553, en 1597, sus discípulos publicaron en Venecia, un rèsumen de su técnica. En esa época Italia era el único país, en que se había practicado la rinoplastia y Ambrosio Paré, no la conocía sino por referencias.

Después de Tagliacozzi, la rinoplastia pareció caer en olvido y ya no se habló de ella en los siglos XVII y XVIII. En los comienzos del siglo XIX, se dió a conocer en Europa, un procedimiento de rinoplastia empleado en la India, desde tiempos muy remotos.

Los Koomas, secta religiosa, sabían restaurar la nariz, por un colgado tomado de la frente. En 1793, la Hircarrha (Gaceta de Madraz) publicaba el caso de un paria llamado Cowasjee, que fué tomado por Thipo-Sahib, el que le hizo cortar la nariz por traidor; fué curado por cirujanos ingleses, algún tiempo después se hizo restaurar la nariz, por iniciados, el resultado de esta rinoplastia entusiasmó a Pennant que la dió a conocer en Inglaterra. Poco después Thomas Findlay y Jacqques Cruso, asistieron en Bombay a una rinoplastia indiana y la relataron. En 1803, Lucas tentó en Inglaterra, la primera restauración por el método indiano y fracasó. En 1811 Lynn, en una tentativa igual tuvo éxito. En 1814 Carpue, publicó sus resultados, dos éxitos notables con el método indiano. Sutelisse el mismo año y Hudchinson en 1818.

contribuyeron a acentuar, el movimiento de entusiasmo, levantado por la publicación de Carpue. La operación indiana pasa a Francia, y es en Montpellier que durante 6 años, ella es casi exclusivamente practicada. Delpech en 1820, aporta importantes modificaciones. En 1826, Lisfranc ejecuta en París la primera rinoplastia por el método indiano. En 1827 Labat, comienza una serie de operaciones que publica en 1833 y Dieffenbach en 1829, comienza a subdividir los procedimientos y perfeccionamientos del método indiano.

En el momento que Carpue llamó la atención en Europa, sobre la rinosplatía, De Graëfe en Alemania, en 1816, que empezó a ocuparse de los trabajos de Tagliacozzi y de Reneaulme de la Garanne, pretendió haber modificado el método italiano, disminuyendo el número de tiempos operatorios y suturando de inmediato el colgajo braquial a la cara, lo que habían hecho ya Tagliacozzi y Reneaulme de la Garanne. Él dió a sus modificaciones el nombre de método alemán, denominación que no ha prevalecido y que no reposa en ningún fundamento. Dieffenbach y Beck en Alemania, Travers, Linton y Green en Inglaterra ejecutaron a su vez operaciones italianas.

Entretanto Larrey en 1830, obturaba una pérdida de substancia enorme, al nivel de la nariz, por medio de colgajos de mejillas traidos por deslizamiento, este fué el origen del método francés. Se creyó encontrar

la indicación de este proceder en Celso, que habría indicado el procedimiento de incisiones cutáneas a distancia para favorecer la migración de los colgajos (1er procedimiento) y la disección de los colgajos para facilitar su deslizamiento (2° procedimiento). Galeno y Paul de Eguía no han sido sino los copistas infieles del autor romano. Franco en 1561 habría combinado los dos procedimientos de Celso, en la Cheiloplastía. Después de Larrey, Serre defendió con energía en 1842 el método francés que creía superior a los otros dos. Después de estos trabajos, vienen ya los procedimientos modernos, que, estudiaremos en detalles al hablar de los métodos cuyo origen se ha señalado, método italiano, método francés y método indiano.

Causas de las destrucciones nasales.— La extensión y la forma de la lesión, son las que determinan en cada caso, el procedimiento operatorio que conviene, la naturaleza de ella influye poco en la técnica y sin embargo conviene hacer un ligero estudio etiológico de las destrucciones nasales, antes de clasificarlas.

En épocas anteriores, gran número de pérdidas de substancia, eran debidas a traumatismos. La amputación de la nariz era un castigo en la India. En Italia Sixto V, hacía cortar la nariz a los ladrones. Entre los Egipcios, los Griegos y los Romanos, el adulterio era castigado con la pérdida de la nariz.

En el siglo XII, la corte de amor de Aix, decretó una ley que encargaba a los caballeros y trovadores, cortar la nariz a todo villano que osara atentar al honor de las damas. La amputación de la nariz era también un medio de hacer horrible la fisonomía. Cuando los daneses entraron a Inglaterra, mujeres y niñas se amputaron la nariz para salvar su honor. En Marsella, al aproximarse los Sarracenos una abadesa y cuarenta religiosas se mutilaron cortándose la nariz. Los duelos de estudiantes en Alemania, terminan a menudo, con la pérdida más o menos extensa de la nariz de uno de los adversarios.

Estas causas de destrucciones nasales, tienden a desaparecer y la rareza de más en más grande de los combates a arma blanca, disminuirá también el número de las amputaciones de la nariz observadas en cirugía de guerra.

La sección de la nariz por mordeduras se observa con menos frecuencia.

Las ausencias congénitas de la nariz son rarísimas, se observan a veces hendiduras medianas o laterales en el momento del nacimiento, al nivel de este órgano.

Diferentes causas de gangrenas, pueden atacar la nariz y destruirla en una extensión más o menos grande. Denonvilliers señala una gangrena de las mejillas y del ala de la nariz después de una fiebre tifoidea.

Bouisson, cita observaciones de destrucción por gangrena después de viruela confluente y después de carbunclo.

La congelación trae a menudo esfacelo parcial de la nariz. Eval, el operado de Listranc, había tenido la nariz congelada durante la campaña de Rusia.

La ablación de tumores en algunos casos, han traido pérdidas de substancias y también la acción de los cáusticos al tratar tumores pequeños.

Pero en la gran mayoría de los casos, las destrucciones son causadas, por la tuberculosis, la sífilis o el cáncer.

La forma ordinaria de turberculosis en estos casos, es la del lupus, que ataca casi siempre al mismo tiempo que la nariz ambas mejillas y el labio superior.

La sífilis adquirida destruye los tejidos de la nariz y los tejidos vecinos por ulceraciones fagedénicas. Existen a veces lesiones que determinan la necrosis de los huesos subyacentes. La sífilis hereditaria da lugar a una forma especial de lesión, que resulta de la destrucción del esqueleto óseo (nariz en silla) respetando los tegumentos.

El cáncer, se presenta bajo la forma especial de cancroide a marcha bastante lenta en los individuos de edad avanzada.

Tales son las principales causas de destrucciones

nasales, veamos ahora la clasificación de estas lesiones.

PRINCIPALES TIPOS DE DESTRUCCIONES NASALES

El objeto de esta clasificación es, el de agrupar lesiones que se asemejan para tratarlas por procedimientos, también semejantes.

Dividiremos las destrucciones nasales, en dos categorías principales, la de la lesión de gran extensión y la de las lesiones reducidas.

En las lesiones de gran extensión estudiaremos:

Las pérdidas totales de la nariz.
Las pérdidas sub-totales.
Las destrucciones del dorso de la nariz (nariz en silla).
Las destrucciones de la punta de la nariz.

En las lesiones reducidas estudiaremos:

Las destrucción de uno o dos de los orificios de la nariz.
La destrucción del lóbulo de la nariz.
La destrucción del sub-tabique sólo,
y las pérdidas de substancia del dorso y los lados de la nariz.

LESIONES DE GRAN EXTENSIÓN

1° *Pérdida total de la nariz.* — La totalidad de los tegumentos de la nariz, los orificios nasales, el subtabique y el tabique están destruídos en esta clase de lesiones y lo que la caracteriza es que los huesos propios y las apofisis montantes del maxilar superior, están destruídos o inutilizables.

Puede haber pérdida total de la nariz, con orificio abierto de las fosas nasales, o bien, una parte de los antiguos tegumentos de la nariz más o menos ulcerados, puede ocultar en parte este orificio, o bien aún, un repliegue cutáneo puede cerrar completamente el orificio. Es excepcional que el tabique quede intacto.

2° *Pérdida sub-total de la nariz.* — Los tegumentos de la nariz y el tabique están completamente destruídos aquí, el subtabique y las alas de la nariz completa o incompletamente, la característica es, la conservación de los huesos propios y de las apofisis montantes de los maxilares.

3° *Destrucción del dorso de la nariz.* — Aquí están destruídos los huesos y cartílagos de la nariz, la característica de este tipo, es la integridad

de los orificios de las fosas nasales, que pueden estar más o menos deformados pero utilizables. Existen dos variedades, la nariz en silla y la nariz hundida. En la primera variedad, la lesión no es muy acusada y la punta de la nariz no ha sufrido sino una ascensión ligera. En la segunda variedad, los tegumentos están ulcerados, destruídos, la ascensión de la punta de la nariz es considerable, la nariz es chata.

4° *Destrucción de la punta de la nariz.* — El lóbulo, las dos alas de la nariz, el subtabique y una parte del tabique están destruídos, pero el dorso nasal se conserva. Excepcionalmente el tabique y el subtabique quedan intactos.

LESIONES REDUCIDAS

1° Destrucción de uno o de los dos orificios de la nariz, la mejilla puede presentar una pérdida de substancia adyacente.

2° Destrucción del lóbulo, el subtabique es a menudo parcialmente destruído.

3° Destrucción del subtabique solo.

4° *Pérdida de substancias situadas sobre el dorso o a los lados de la nariz.* — Estas pérdidas pue-

den no depasar los límites del dorso o no llegar al lóbulo o a la mejilla pueden interesar el ala de la nariz, abriendo así una sola fosa nasal en toda su extensión, o pueden extenderse al párpado inferior.

CAPÍTULO III

Técnica de las restauraciones nasales

Hecha la clasificación de las destrucciones nasales en el Capítulo anterior, nos ocuparemos aquí de la técnica de las rinoplastias.

Es de absoluta necesidad, so pena de fracasos, fijar en sus menores detalles la operación que ha de llevarse a cabo, preparar el enfermo y cuidar de la anestesia.

Antes del día fijado para la intervención quirúrgica, la operación debe estar ya determinada, se buscará el método de elección para el caso a tratar, luego se tomarán las dimensiones del futuro colgajo, cortándose un molde si fuere necesario; esta operación preliminar será ejecutada algunos días antes que la efectiva, para que suficientemente meditada, pueda permitir, si el caso lo requiere, modificaciones de detalles.

Terminados estos preparativos en sus más pequeñas particularidades, verificados los detalles varias veces, del punto de vista de la forma del colgajo, de sus dimensiones y del movimiento que debe sufrir su pedículo, se podrá pasar a la operación efectiva. Ella no

será entonces sino la ejecución operatoria del plan precedentemente elejido y reglado en sus detalles.

Al intervenir, no debe modificarse la línea de conducta adoptada, bajo ningún pretexto, salvo el caso de error en las medidas; la práctica diaria enseña, en efecto, que las modificaciones aportadas al plan operatorio durante la intervención, son siempre seguidas de mal resultado.

La preparación del enfermo, del campo operatorio mejor dicho, se hace la víspera, se trata de evitar, los trastornos que ocasiona la cabellera del paciente, al ponerse en contacto con la región en que se va a intervenir; algunos cirujanos usan un gorro o casquete de cautchuc o de tela encerada, en el cual encierran los cabellos, otros los hacen razar, cualquiera sea el medio, hay que recordarlo la víspera, pués en el momento de la operación suele ser embarazoso mantener la asepsia, si no se ha tenido en cuenta este detalle.

La anestesia local, tiene un empleo muy reducido en estas operaciones, se la usa solamente cuando se trata de pérdidas de substancias pequeñas en sujetos adultos, no pusilánimes, en los demás casos, la anestesia general es indispensable.

La anestesia general se dificulta mucho, por la necesidad de dejar a descubierto, en las rinoplastias, la nariz y el lábio superior; el empleo de máscaras para eter o cloroformo, no es posible, salvo al comien-

zo de la operación, en el curso del acto operatorio, la necesidad de dar el anestésico, sobre un tapón montado en una pinza, colocado delante de la boca del enfermo, hace que el sueño sea irregular, los despertares y los vómitos frecuentes, siendo estos últimos tanto más fastidiosos, cuanto que vienen a ensuciar el campo operatorio.

La sangre que corre por las fosas nasales, a la faringe y que el enfermo deglute durante el sueño anestésico, basta para provocar los vómitos.

Para remediar estas dificultades, se han ideado multitud de aparatos para anestesiar en las intervenciones de cara; no es de mi ánimo detenerme en ellos, pués me ocupo en este trabajo, únicamente de la técnica operatoria, en las restauraciones nasales, sin embargo diré algunas palabras sobre el aparato ideado por Ombrédanne, para la anestesia en las intervenciones de cara.

El aparato de Ombrédanne se compone de una placa de cautchuc, flexible pero espesa y de una forma especial para adaptarse a las arcadas dentarias al ser colocada entre los lábios y las encías, esta placa está horadada en su centro por un orificio, a cuyo borde se ajusta el extremo de un tubo metálico, acodado, destinado a recibir por el otro extremo el tubo que ha de traerle los vapores anestésicos.

Se hace dormir al enfermo con una máscara y luego

se coloca la placa de cautchuc entre las encías y los labios, la placa se mantiene en posición por sí misma. basta sostenerla, por su tubo metálico.

La forma del obturador de cautchuc es tal, que bajando un poco el tubo metálico que lo mantiene se hace separar su borde superior de la arcada y se permite al aire penetrar directamente en la boca del enfermo, en caso de vómitos, el obturador sale sin ningún esfuerzo por simple tracción.

La placa es fácilmente esterilizable por la ebullición.

El generador de vapores anestesiantes, si se trata de cloroformo, consiste en un embudo de vidrio cuyo orificio está recubierto por una flanela doble, el cloroformo se vierte gota a gota sobre la flanela.

En la anestesia por el eter, se emplea un recipiente en forma de cafetera o tetera, a cuyo pico se adapta el tubo que lleva los vapores anestésicos; el recipiente contiene una esponja, sobre la cual se vierte el eter, la tapa de este recipiente tiene una serie de agujeros, que dejan entrar el aire. Una vez dormido el sujeto mediante la máscara, se taponan rápidamente las fosas nasales con gasa estéril, se coloca la placa obturadora bajo los labios y se pone el tubo acodado en conexión con el generador. El taponamiento tiene doble ventaja, en primer lugar, el enfermo respira por la boca, reglándose así fácilmente la anestesia, en segundo lugar, la sangre que corre en la operación, no penetra

a la faringe y luego al estómago, para producir vómitos.

PÉRDIDA TOTAL DE LA NARIZ

Bajo esta denominación, caen los casos en que nada de lo que queda de la antigua nariz sirve para la restauración de la nueva.

Entremos ya al estudio de estas restauraciones.

Las reimplantaciones. La nariz destacada de la cara y vuelta a colocar en su sitio, después de un lapso de tiempo poco considerable es susceptible de volver a prender, es a las operaciones que persiguen este fin que Dolbeau y Felizet han dado el nombre de reimplantaciones.

Era tal el convencimiento de la posibilidad de reimplantar una nariz, en la India, que el ejecutor la arrojaba a un brasero inmediatamente de amputarla. En Italia eran más benignos con los desgraciados a quienes se penaba con este castigo, viéndose a veces algunos criminales, que habían conseguido una restauración sin deformidad.

En Francia, Garengeot, publicó una observación, pero nadie le dió fé, refería que dos soldados se batieron y uno de ellos de un mordisco, amputó la nariz al otro escupiéndola luego en la calle, el herido per-

siguió a su adversario, volviendo unos instantes después a buscar su nariz, durante ese tiempo un barbero había recogido la nariz lavándola en vino caliente, la colocó luego en su lugar y cuatro días después, la nariz había prendido. Garengeot sufrió serias burlas. Más tarde se publicaron otras observaciones.

En Inglaterra y Alemania se publicaron luego otras observaciones.

En resumen inmediatamente o poco tiempo después de un traumatismo, que ha destacado la nariz, se debe siempre ensayar la reimplantación del fragmento destacado, puesto que esto es posible.

En caso de éxito, se tendrá un resultado superior a la más bella rinoplastia, en caso de fracaso se recurrirá a otros métodos; cualquiera que sea la extensión de la porción de nariz destacada, no se arriesga jamás nada al ensayar reimplantalar; siempre habrá tiempo de hacer una rinoplastia.

Aparatos protéticos. — El temor de una operación sangrienta, y los malos resultados dados, por los antiguos métodos de rinoplastia, llevan a ciertos heridos a buscar, un aparato que oculte su lesión.

Se fabrican narices en madera ligera (Richter), en plata (Charrier), cautchuc o plata recubierta de cera coloreada (Debout), aluminio (Mathieu), gutapercha y Martín de Lyon, en porcelana.

Estas narices se tratan de colorear con una semejanza lo más exacta posible, al tinte de la fisonomía del paciente; se mantienen fijas por tallos que penetran en las fosas nasales o con lentes dispuestos convenientemente para que sostengan la protesis.

Del punto de vista estético y del de la comodidad, el valor de estas protesis es ínfimo.

Las transplantaciones. — Dolbeau y Felizet, denominan así a las operaciones que destacan completamente, un colgajo comprendiendo por lo menos todo el espesor de la piel, sin dejarlo adherente por ningún pedículo y transportan inmediatamente este colgajo al lugar donde se quiere hacerle vivir.

El buen éxito de algunas reimplantaciones llevó naturalmente a los heridos privados de su nariz a buscar en otro individuo el órgano de que carecían.

En el país de los parias los poderosos tomaban la nariz de sus súbditos.

Un bandido italiano, que había perdido la nariz, la tomó del primero que encontró a su paso, etc.

El progreso y la civilización, fueron desterrando de más en más estas crueles costumbres y entonces se buscó en el herido mismo el tejido que faltaba.

Parece que fué en la India donde primero se efectuó esta operación: Dutrochet refiere que su cuñado, hombre de una veracidad probada, general en jefe de

unas tropas, tenía a su servicio un suboficial que había sufrido la amputación de la nariz; este hombre fué operado por los Indúes, de la manera siguiente: los operadores comenzaron por reavivar los bordes de la herida, que comenzaba a cicatrizar, hecho esto, azotaron una parte de las nalgas hasta que obtuvieron una tumefacción bien marcada, tallaron de aquí entonces la piel necesaria, hicieron la coaptación con la herida de la cara, colocando un cilindro de madera en cada orificio nasal, para mantener la abertura. Esta operación fué coronada por el más completo éxito.

En Italia existía la creencia de que la piel debía marchitarse cuando el que la había dado caía enfermo y necrosarse cuando este moría.

Las transplantaciones se multiplicaron con éxito variable, ellas han dejado esta enseñanza, cuanto más pequeño es el colgajo a transplantar, tanto más posible es que conserve su vitalidad.

MÉTODO A COLGAJO

De todos los métodos que hemos pasado en revista, que tratan de restaurar una nariz, después de un tiempo variable pero bastante alejado del instante de la lesión, los unos constituyen un método de excepción (transplantaciones) y los otros están destinados a ocultar la deformidad (protesis).

Los verdaderos métodos de rinoplastia total, están basados en el empleo de colgajos munidos de un pedículo de nutrición, tres son estos métodos a colgajo pediculado:

Método indiano. — Consiste este en tomar un colgajo frontal y traerlo al lugar donde ha de ser implantado, por torsión de su pedículo.

Método francés. — Consiste en traer por deslizamiento, colgajos tomados en la vecindad de la pérdida de substancia.

Método italiano. — Este toma el colgajo autoplástico muy lejos, en el brazo o en el antebrazo por ejemplo y sutura a los bordes de la pérdida de substancia dicho colgajo, sin destacarlo completamente de su punto de origen; secundariamente secciona este pedículo de nutrición una vez el injerto prendido.

Existen además algunas variantes de estos tres métodos.

Así como en presencia de una amputación reciente de la nariz, debe recurrirse preferentemente a la reimplantación, la práctica ha enseñado, que en las antiguas pérdidas de substancia, los métodos a colgajo pediculados son los que deben preferirse, pués sus resultados son muy superiores a los demás métodos.

EL MÉTODO INDIANO

Los autores franceses llaman método indiano, al conjunto de procedimientos que utilizan un colgajo frontal único (o dos colgajos frontales) traido por rotación sobre su pedículo al sitio de la plástica.

Los alemanes hacen entrar también, en el método indiano, procedimientos que utilizan colgajos de mejillas traidos por rotación sobre su pedículo.

El método indiano tal como lo entienden los franceses, fué empleado por los Koomas en la India, e importado a Europa por los ingleses; más tarde fué traido a Francia y luego De Graefe lo introdujo en Alemania.

Técnica operatoria.—En la operación indiana, se traza sobre la frente un colgajo oval, pero el rasgo del bisturí no talla completamente este óvalo, deja intacta una parte de su perímetro, ancha de 2 a 3 centímetros y cuando se diseca este óvalo cutáneo, la sangre continúa llegándole por la región que el bisturí ha respetado y que constituye el pedículo del colgajo.

Disecado el colgajo se le lleva por torsión de su pedículo delante de la pérdida de substancias a llenar. Resulta de este desplazamiento, una herida frontal.

cuyos bordes deben aproximarse para facilitar su pronta curación.

Tal es el esquema de la rinoplastia por el método indiano, cuyos diferentes tiempos voy a sintetizar.

Trazado del colgajo.—En un papel o en una tela se talla un molde de la futura nariz y se prueba hasta obtener una forma definitiva, obtenida esta se talla en otro papel la misma forma pero aumentando en un tercio su tamaño, el molde es triangular y el vértice de este triángulo representará el dorso nasal y la base, la punta de la nariz; colocado el molde sobre la frente, su vértice viene a quedar sobre la glabela y su base casi en la raíz de los cabellos; en la base del triángulo en lo que va a ser la punta de la nariz, se modela esta mediante incisiones. Así aplicado el patrón sobre la frente, se dibuja su contorno sobre la piel con nitrato de plata. Los colgajos indianos primitivos eran trazados verticales sobre la frente, debiendo su pedículo sufrir una torsión, de 180 grados; Auvert y Alquié disminuyeron la amplitud de esta torsión acostando el gran eje de sus colgajos a 45 grados o trazándolos de manera a dejar el gran eje horizontalmente; se disminuía así la torsión del pedículo y se evitaba que la parte superior del colgajo fuese trazada en cuero cabelludo.

Dibujado el patrón al nitrato de plata en la frente,

hay que trazar el pedículo; los dos extremos del contorno del colgajo se prolongan a los lados del vértice embotado del triángulo trazado. los Koomas, hacían bajar la incisión a la misma altura a ambos lados, hasta el extremo interno de las cejas Labat y Langenbeck, acostaron de través al pedículo. Dieffenbach, Szymanowitski y otros hicieron otras modificaciones. Trazado el colgajo la operación puede ejecutarse en uno o dos tiempos:

1er tiempo, en la base del triángulo frontal, se talla a bisturí lo que va a formar más tarde los orificios nasales y el subtabique, para lo cual se repliega la piel convenientemente una vez tallada y se espera la cicatrización.

2° tiempo, consiste este en colocar el colgajo así preparado, como en las operaciones a un sólo tiempo.

Operación en un tiempo. — Se avivan cuidadosamente los bordes de la pérdida de substancia, se talla el colgajo, se le diseca y separa del periostio frontal y se le lleva al sitio de la plástica, se hace hemostasia en la frente y se modela la punta de la nariz, se ponen los puntos de sutura que mantienen el injerto afrontado y se reduce en lo posible la herida frontal. De los cuidados post-operatorios dependen del éxito.

hay que sostener el colgajo para que no se aplaste. Lisfranc taponaba las fosas. Dubowitsky atravesaba la nariz con una aguja de suturar. Graefe y Dieffenbach, ponían de cada lado de la nariz dos pequeños sostenes de cuero y luego atravesaban la nariz y los sostenes de cuero con agujas e hilos que ejercían comprensión y modelaban la nariz.

Lo que siempre da un aspecto desagradable a la restauración, es la salida cónica que forma la torsión del pedículo. Este cono se retrae mucho con los progresos de la cicatrización, pero no desaparece jamás.

En la India los Koomas seccionaban secundariamente este pedículo, una vez prendido el injerto, así procedieron también Sutelisse y Carpue. Delpech y Graefe.

A estas correcciones y a otras que tienen por objeto modelar la nueva nariz se denominan retoques. Pero antes de retocar una plástica, hay que dejar a los tejidos el tiempo que necesitan para retraerse.

Tal como vengo de describir con sus modificaciones es el método indiano, sus resultados son buenos, hasta tanto los injertos faltos de soporte no se aplastan, pero desgraciadamente, esto llega siempre en un tiempo más o menos remoto.

La forma de obtener el colgajo, las sucesivas modificaciones que se han hecho a la manera de tallarlo

todo eso es excelente; pero falta el sostén, el esqueleto. Variando entonces el método indiano, de manera a dar un esqueleto al colgajo antes de desplazarlo, los resultados serán muy satisfactorios, y esto es ya una verdad en rinoplastia. Más adelante tendré oportunidad de volver sobre este asunto.

MÉTODO FRANCÉS

Este método, método de Celso, autoplastia por deslizamiento, no se emplea sinó para llenar pequeñas pérdidas de substancia y no es aplicable a las rinoplastias totales; por esta última razón, no me detendré en él mucho tiempo.

Esencialmente consiste en esto, dada una pérdida de substancia, se avivan sus bordes; de cada extremo de este avivamiento se hacen partir dos incisiones divergentes, que limitan con el borde avivado dos colgajos a base fija, se disecan estos dos colgajos y utilizando la elasticidad de la piel se los hace deslizar al encuentro uno de otro, viniendo así a llenar la pérdida de substancia. Se puede facilitar este deslizamiento practicando a distancia incisiones liberatrices.

MÉTODO ITALIANO

El método italiano, consiste en tallar sobre el brazo, un colgajo que se deja adherente por su pedículo. La extremidad opuesta al pedículo se sutura a los bordes de la pérdida de substancia facial, previamente avivada y el brazo es mantenido, aproximado a la cara durante el tiempo necesario al establecimiento de una circulación nueva, entre el colgajo braquial y la cara. Al cabo de ese tiempo se secciona el pedículo.

Este método parece haber sido descubierto a mediados del siglo XV por los Branca; empleado por los Bojani, fué descrito en 1460 por Pfolspeundt y después por Tagliacozzi en 1597, de una manera tan explícita para que se le considere si no como al autor del método por lo menos como a su promotor.

Trazado del colgajo. — El modelo que sirve para trazar el colgajo, es tomado en general un tercio más grande que las dimensiones exactas de la nariz a obtener, es triangular en su conjunto. Su base está casi siempre vuelta hacia la extremidad del miembro y su vértice hacia la raiz. Fabrizi adopta una disposición inversa.

Talla del colgajo.—El colgajo es tallado en todo el espesor de la piel. Berger hace notar la importancia que hay en no desgrasar el colgajo italiano.

En general la base únicamente queda en totalidad o en parte, adherente al brazo y el colgajo no tiene sino un pedículo (Tagliacozzi y Graefe).

Sin embargo algunos cirujanos han dejado este triángulo adherente también por su vértice (Dieffenbach) poseyendo por consiguiente dos pedículos.

Retracción del colgajo.—El colgajo, no estando adherido al brazo sino por su o sus pedículos es envuelto en un apósito y el cirujano espera que los progresos de la cicatrización hayan terminado de retraer los tegumentos. Esta era la manera de hacer de Tagliacozzi.

Reneaulme de la Garanne y después Graefe, para ganar tiempo, suturaron a la cara el colgajo braquial inmediatamente después de su disección. A esta manera de hacer llamó Graefe método alemán.

Blasins y Dieffenbach, protestan contra este pretendido perfeccionamiento.

Dieffenbach declaró que el procedimiento de Tagliacozzi daba mejores resultados que el de Graefe y propuso un procedimiento más largo aún que el de el autor italiano, que consiste en modelar sobre el brazo mismo la nariz nueva antes de transportarla a la cara.

En resumen se pueden considerar tres variantes al método italiano.

1° El colgajo braquial francamente disecado, es inmediatamente suturado a la cara (Graefe).

2° El colgajo braquial no es suturado sino después de haber sufrido durante algún tiempo los efectos de la retracción cicatricial (Tagliacozzi).

3° El colgajo braquial es desde luego modelado, sobre el brazo mismo, en forma de nariz y es recién después de esto que se sutura a la cara (Dieffenbach).

Cualquiera sea el método adoptado, se trata siempre, en un momento dado de suturar a la cara un colgajo más o menos modelado o retraído, adherente al brazo por su pedículo y de mantener este brazo en la proximidad de la cara durante muchos días. Esta actitud no puede ser conservada por el paciente, sino cuando se encuentra inmovilizado en ella por un aparato apropiado.

Esta contensión que es la base del éxito del método italiano, es muy difícil de realizar, es extremadamente penosa para el enfermo y no está tampoco desprovista de peligros, pués se cita el caso de una embolia mortal en el momento en que el brazo era llevado nueva-

mente a su posición normal, después de diez días de inmovilización.

El número de aparatos ideados para mantener la actitud del brazo demuestra su imperfección. Se pueden citar sin embargo los de Tagliacozzi, en tela, los de Graefe y Berger y el de yeso de Nélaton y Ombrédanne.

Cualquiera sea el aparato de inmovilización empleado, se secciona el pedículo braquial del colgajo, al cabo de un tiempo, variable para cada cirujano entre 10 y 20 días.

El colgajo cae delante de la boca; los unos como Tagliacozzi, esperan algunas semanas antes de modelar su extremidad inferior. Los otros prefieren modelarla y suturarla inmediatamente. Este modelaje consiste generalmente en practicar dos incisiones que determinan un subtabique y dos orificios nasales.

El subtabique es fijado a una pequeña incisión hecha en el lábio superior

El colgajo llevado a la cara no ha sido siempre tomado en el brazo. Labat ha empleado para restaurar la punta de la naríz la piel de la eminencia thenar. Steinthal ha tomado un colgajo toráxico, que ha injertado luego en el antebrazo y luego transportado a la cara.

El método italiano presenta grandes inconvenientes, tales la dificultad de mantener el brazo y la cabeza

en relación inamovible y el suplicio del enfermo durante los días que guarda esta actitud. El peligro de la embolia, aunque remoto también es un inconveniente. Al lado de estos inconvenientes el método italiano presenta ventajas enormes, no deja cicatriz frontal, si fracasa, el enfermo no queda más desfigurado que antes.

Pero al método italiano en las rinoplastias totales le sucede lo que al indiano, la falta de esqueleto los hace inutilizables.

APARATOS DE CONTENSIÓN EN LAS PLÁSTICAS DE CARA, POR EL MÉTODO ITALIANO

Aparato de Tagliacozzi. Este aparato consta de un capuchón de tela muy sólida, abierto sobre los dos lados para dejar pasar las orejas, cuyo capuchón abraza exactamente la cabeza y el cuello y se continúa abajo con una camisola también muy sólida, fijada al torax. Durante algún tiempo se habitúa al enfermo, a levantar el brazo y flexionar fuertemente el antebrazo de manera que la mano se encuentre aplicada por su cara palmar, sobre la parte superior y posterior del cráneo, de suerte que el antebrazo por su cara anterior repose, sobre el vértice cefálico y que la cara interna y anterior del brazo se encuentre así adherida a la cara, es en esta posición que es menester inmovilizar el miembro. Para lo cual Tagliacozzi

procedía así, al brazo del cual se sacaba el colgajo ajustaba una especie de manguito que abrazaba la raíz del miembro, de este manguito partía una gotera en tela sólida que recubría la cara posterior del brazo y del codo flexionado, un poco antes de llegar al codo la gotera se dividía en 5 ramas, una mediana y dos laterales de cada lado. La rama mediana seguía la cara dorsal del antebrazo, hasta el nivel de la articulación radio carpiana, allí se terminaba, por una banda transversal cuyas dos extremidades se fijaban sólidamente al capuchón, de cada lado del antebrazo, que se encontraba así fuertemente unido a la cabeza. En cuanto a las otras cuatro tiras, las dos inferiores eran fijadas horizontalmente, una a la parte anterior la otra a la parte posterior del pecho; las dos superiores, subían oblícuamente a insertarse al capuchón sobre los lados.

Aparato de Graefe y Delpech. — Modifican estos, el anterior, haciendo nacer la gotera dorsal del brazo a inmovilizar del chaleco o camisola que tiene el aparato. Galenzowski, complica aún más este agregándole un pantalón de una pieza con el chaleco. Sedillot usaba, bandas de cartón almidonadas.

Berger, usa un guantelete, del mismo tejido que el de las medias para varices y un capuchón acolchado: puesto el brazo en posición es mantenido por correas

de cuero, que pasan por ojales apropósito existente en el capuchón.

Nélaton y Ombredanne emplean aparatos de yeso.

APARATO DEL DR. ENRIQUE FINOCHIETTO

Voy a detenerme con especialidad en este aparato del cual acompaño algunas fotografías, por considerarlo uno de los más prácticos, por ser el aparato que se ha empleado en los casos que acompañan a esta tesis y por último, por tratarse de la obra de un compatriota.

Dice el Dr. Finochietto en un extracto de la Revista de la Sociedad Médica Argentina, volumen XXI, al hablar de los aparatos de Tagliacozzi, Graefe, Delpech, Sedillof y Galenzowski. «Además de la evidente molestia que su uso debe ocasionar a los enfermos, por la gran extensión del cuerpo que inmovilizan, todos ellos adolecen del inconveniente grave de una confección difícil».

«Iguales objeciones pueden hacerse al aparato bien conocido de Berger, que tiene con los anteriores mucha analogía. Su ejecución es más perfecta, más moderna, pero complicada. Su adaptabilidad a un número limitado de enfermos, lo hace dispendioso».

Al referirse a los aparatos de yeso, dice:

«Pero el enyesado, ya sea el aparato que se modela

antes de la operación en la actitud aproximada de la inmovilidad; o bien el vendaje que se ejecuta al terminar el acto operatorio, adolece de otros inconvenientes».

«En uno y otro caso resulta pesado si su espesor es grande, inseguro cuando es delgado: molesto para el enfermo por la ventilación deficiente que entretiene un olor insoportable. Además es sucio y a causa de su volumen considerable, los cuidados de la herida se realizan con dificultad a traves de las aberturas exíguas».

«De todos estos inconvenientes nos hemos convencido durante el período post-operatorio de algunos operados del servicio».

«El 26 de Diciembre de 1912, practiqué una blefaroplastia por el método italiano, en un enfermo que ocupaba la cama 9 del servicio: la existencia de profundas cicatrices en la cara, hacían inaplicable cualquier otro método. Al final de la operación, mientras se le colocaba el vendaje, el enfermo tuvo vómitos abundantes y repetidos. En vista de esto decidí inmovilizar el brazo y la cabeza en la mejor forma posible con un vendaje simple con la idea de colocarle el yeso en cuanto cesaran los vómitos».

«Al día siguiente quedé sorprendido no solo de las perfectas condiciones que se hallaba el miembro con relación a la cara, sino también del relativo bien estar que acusaba el enfermo».

«Esta última ventaja procedía evidentemente del peso exíguo del aparato que, por otro lado permitía al enfermo ejecutar toda clase de movimientos, manteniendo sin embargo las partes afectadas y solamente ellas, en una solidaridad perfecta».

«Ahora bien: la contensión en esta forma resulta poco práctica a causa de los cuidados asíduos que requiere la inestabilidad de las vueltas de vendas que por esta razón, debe multiplicarse en todos sentidos; entonces pensé en aplicar a estos enfermos un aparato que reuniera las ventajas del vendaje simple, restándole sus inconvenientes.

«Este aparato consta:

1° de casquete de tricota destinado a aislar el cabello;

2° de una cinta de *tira* de 3 centímetros de ancho, que constituye el *ecuador* del aparato. Al borde superior de esta cinta se hallan fijas seis hebillas en puntos equidistantes:

3° de una pieza formada por tres cintas de un centímetro y medio de ancho que se entrecruzan formando una estrella; las ramas de esta pieza constituyen los seis *meridianos*. En el punto de intersección de las cintas se halla dispuesto un brazalete de ocho centímetros de largo, de lo más simple, sin acolchado:

4º de dos piezas en forma de Y, de cinta delgada que, por un lado se fijan al ecuador y por el otro se reunen debajo del mentón por medio de un elástico provisto de una hebilla; y

5º de otra cinta de tres centímetros de ancho destinada a fijar el codo; esta pieza se une en la nuca al borde inferior del ecuador».

«En los días que preceden a la operación, se habitúa el enfermo a mantener el brazo en la posición apropiada, sin el aparato».

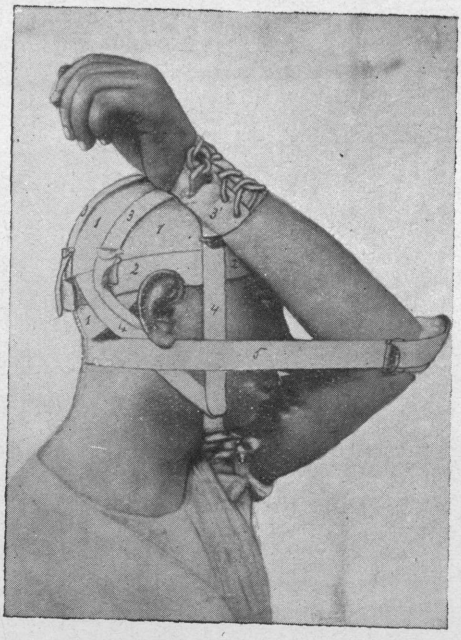
«El día de la operación, se le aplica previamente el casquete de tricota y sobre él el ecuador siguiendo la circunsferencia mayor del cráneo; luego se aplican los meridianos en una posición aproximada a la actitud que debe asumir el brazo».

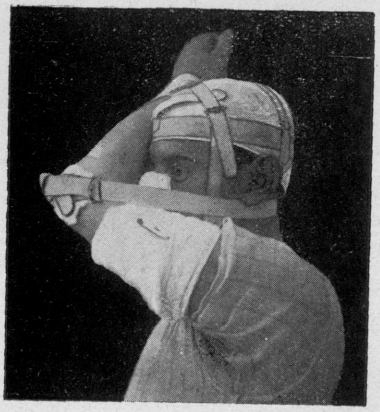
«No se fijan las ramas sub-mentales, para evitar que se ensucien con sangre. Se protege el casquete con un gorro impermeable».

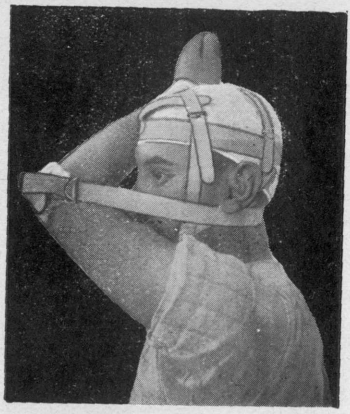
«Hecha la plástica y terminadas las suturas, se fija el tercio inferior del antebrazo con el brazalete. En esta posición son todavía posibles los movimientos del codo en sentido lateral que se suprimen totalmente colocando la última cinta. Se hacen las correcciones que se crean convenientes teniendo cuidado que, al final, todas las cintas queden bien tensas».

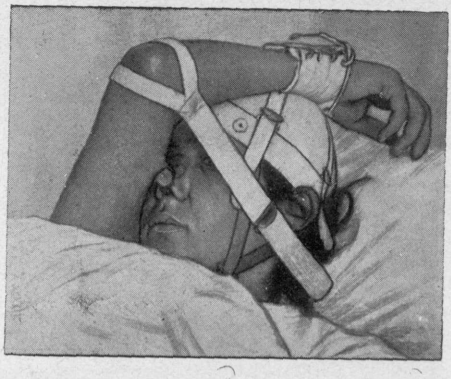
«El apósito debe reducirse al mínimum».

Aparato de contensión del Dr. Enrique Finochietto









Las ventajas que ofrece este dispositivo son fácilmente apreciables: aplicación fácil; correcciones posibles en cualquier momento; peso despreciable; comodidad para los cuidados de la herida, que se facilitan aún más desprendiendo la cinta que fija el codo; ventilación abundante; los enfermos no se quejan de cansancio porque usan su ropa habitual y gozan de todos los movimientos del cuello y del hombro, manteniendo sin embargo la solidaridad del brazo con la cabeza».

Por último, su confección es fácil en cualquier centro de población y su costo despreciable.

RINOPLASTIAS SOBRE ESQUELETO

Ya hemos visto que los métodos de simple colgajo, tomado sobre la frente, el brazo o la cara, dan narices que se aplastan rapidamente, a tal punto que los orificios nasales se hacen impermeables al aire.

Se intentó evitar este aplastamiento doblando el espesor del colgajo, para lo cual los muchos cirujanos que de ello se ocuparon, hacían previamente a toda rinoplastia un injerto de piel, que doblaba el espesor del colgajo más tarde y que servía de sostén a la nueva nariz. Pero desgraciadamente, las narices restauradas continuaron aplastándose y hacia 1878 fué menester renunciar completamente por este motivo.

a las rinoplastias totales. Casi todos aconsejaban la abstención, en los casos en que la nariz faltaba en totalidad o en gran parte, y en aquellos en que el armazón, el esqueleto, el tabique y los huesos propios faltaban.

El problema era este, encontrar para esos casos un tabique, huesos propios, en una palabra, un soporte suficientemente sólido y resistente.

Langenbeck en 1879 aconsejaba recurrir a los aparatos de protesis para corregir las deformidades nasales. Ollier y Langenbeck tentaron utilizar para estos protesis, tejido óseo, sin gran éxito; los procedimientos periósticos no resultaron y en Francia, se prefirieron las narices de porcelana de Martin de Lyon.

El año 1878 en el Congreso de París y el 1879 en el Congreso de Montpellier, Létiévant, publicó dos casos de restauración completa de la nariz, sobre soporte metálico, la idea era de Martin, Létiévant la puso en práctica.

Desde entonces se multiplicaron las rinoplastias sobre soporte metálico y hoy en día se conocen aparatos amovibles e inamovibles.

Aparatos amovibles. Delpech sostenía artificialmente sus colgajos indianos con virolas metálicas, que Buisson vió permanecer en su sitio más de dos años, en un sujeto.

Ollier, se servía de soportes de metal, de gutapercha y aún de pequeños balones de aire.

Dieffenbach, Klein y Rust emplearon sostenes de oro; Galenzowsky de plomo, Leisrink una pieza de ambar, Keen una placa de plata.

Sauer fabricó un soporte de cautchuc endurecido. Mikulicz colocaba en los orificios nasales asas metálicas en forma de estribo. Finny aconsejó un sostén de celuloide.

Aparatos inamovibles. Heusser parece que había incluido un aparato en gutapercha bajo un colgajo frontal traido por deslizamiento. Después ensayó sostener colgajos de rinoplastia sobre una especie de horquilla metálica, parece que esta tentativa fracasó.

Létiévant usó un soporte de aluminio.

Martin de Lyon imaginó un soporte de platino que tuvo algún éxito.

Los resultados inmediatos de las rinoplastias sobre soportes metálicos son buenos, pero la cuestión de importancia es saber cual es la duración de este buen resultado, cuanto tiempo guardan los tejidos estos cuerpos extraños.

Se citan casos de eliminación del aparato al cabo de 10 meses, casos de esfacelo de la piel con expulsión del aparato, a los tres años en las observaciones de Létiévant: otros de gangrena de colgajos: de infeccio-

nes por heridas producidas por choques sobre el soporte metálico; de ulceraciones en la piel.

En resumen, en la mayoría de los casos la operación fracasa, por intolerancia de los tejidos, para con la protesis metálica.

Rinoplastia sobre sostén orgánico. — Los sostenes inorgánicos se comportan pues como verdaderos cuerpos extraños, excepcionalmente son tolerados por el organismo, en general son eliminados más o menos tardiamente.

Pero, tomando al enfermo mismo tejidos resistentes se puede esperar dar a la nariz un armazón sólido y que si no está al abrigo de una reabsorción escapa al peligro de eliminación.

Se ha utilizado por hacer un esqueleto a la nariz, tejido óseo, periostio y cartílago, veamos con que resultado.

El empleo del periostio estaba basado solamente en sus propiedades osteogenésicas, se esperaba ver a la lámina perióstica transplantada dar nacimiento a un tallo óseo.

El hueso era transplantado con su periostio para asegurar su nutrición.

El cartílago ha sido empleado a causa de su débil vascularización y de la facilidad con la cual parecería por consecuencia deber acomodarse a sus nuevas condiciones de existencias.

Los procedimientos de sostén perióstico simple no han dado resultado. Los procedimientos de sostén óseo y cartilaginoso son al contrario los únicos admisibles hoy, cuando se quiere hacer una restauración total.

El sostén perióstico. Ollier en 1858, aconsejó deplazar el colgajo indiano con el periostio sub-jacente, esperando ver a esta membrana producir hueso, en su nueva situación.

Langenbeck en 1859, aplicaba la idea de Ollier, y después de él muchos cirujanos. han levantado colgajos indianos con periostio.

Nélaton, Richet en Francia, Buchanan en 1865, Bigelow en 1867 en Inglaterra hicieron rinoplastias con sostén perióstico. Desde entonces, con colgajos indianos, franceses y aun italianos se destacó periostio.

El periostio no ha dado lo que se esperaba de él, el hueso y como no dió, se tomó la decisión de destacar y transportar directamente el tejido óseo adulto.

Rinoplastias sobre sostén ósteo perióstico.—Ollier en 1864 fué el primero que buscó sostener los colgajos de las rinoplastias con tejido óseo.

Se trataba de un caso, en que los huesos propios de la nariz, las apófisis montantes del maxilar superior y los tegumentos correspondientes habían sido conservados. En esta operación de Ollier y en otras de

Langenbeck y de Bardenheuer no se trataba sino de restauraciones parciales, para lo cual se servían de los fragmentos óseos que encontraban en el antiguo esqueleto de la nariz; pero en las restauraciones por pérdida total de la nariz esto no es posible y hay que ir a buscar el hueso que ha de formar el nuevo esqueleto a distancia.

En 1886 König, tuvo la idea de destacar al mismo tiempo que un colgajo indiano una lámina ósea del frontal, volcó luego este colgajo frontal sobre la nariz de manera que la cara profunda del hueso quedase al aire y sobre este hueso bajaba un segundo colgajo frontal, cuya epidermis miraba al exterior por torsión sobre su pedículo.

Esta operación fué el punto de partida de una serie de operaciones análogas.

Iraël en 1887 en una nariz en silla procedió como König pero renunció al segundo colgajo que sustituyó por injerto a la manera de Thiersch.

Rotter en 1887, tomaba al frontal una placa en lugar de un barrita, colocándola entre un colgajo frontal y otro nasal.

Israël en 1895, trae sobre la pérdida de sustancias un colgajo a la italiana tomado al antebrazo y comprendiendo un fragmento del cúbico.

Krause en 1895, enclava una placa ósea entre un colgajo indiano y un colgajo de brazo trasplantado directamente.

Nélaton en 1896, injerta a la italiana sobre el antebrazo un colgajo conteniendo la espina ilíaca anterior y superior y después transporta este colgajo ósteo cutáneo sobre la pérdida de substancia en un segundo tiempo.

Los procedimientos de rinoplastia sobre sosten osteo periostico, son muy empleados en Alemania, sus resultados son buenos, el hueso no se elimina y aún cuando tiende a reabsorverse, esta reabsorsión no es nunca completa y deja después de ella un tejido muy resistente, que forma un buen esqueleto nasal. La difícil ejecución de los procedimientos operatorios y la imposibilidad de moldear el armazón de la nueva nariz, ha llevado a los cirujanos a buscar en el cartílago el esqueleto ideal; mucho se espera de esta innovación; veamos algunos de los procedimientos, que perfeccionándose nos llevarán quizás a encontrar el *desideratum*.

Después de algunas palabras sobre sostenes cartilaginosos, describiré dos procedimientos que los utilizan; uno el de Ombrédanne y Nélaton es una variante del método indiano, al que da un esqueleto cartilaginoso; y el otro es el que se usó, en el servicio de cirugía de la Sala XI del Hospital Rawson, para tratar las tres últimas observaciones que publico, es una variante del método italiano, cuyo colgajo ha sido doblado por un injerto cartilaginoso.

La primera observación que publicó, es de un caso operado por el procedimiento de Nélaton.

Rinoplastia sobre esqueleto cartilaginoso. Fué Von Mangold el que por primera vez utilizó en el hombre, los cartílagos costales con un fin auto plástico. El 5 de Octubre de 1897, levantó un fragmento del 8° cartílago costal y lo injertó en la región supra hioidea, 8 meses después se decidió a transportarlo, con el colgajo cutáneo correspondiente, hasta la laringe. Esta tentativa feliz permitió poner en duda lo afirmado por Zahn y Léopold después de experiencias sobre animales, que decían que el cartílago adulto se reabsorvía y solamente el fetal podían persistir después de la transplantación.

En 1899 Von Mangold insinuó debajo de la piel de una nariz en silla un fragmento de cartílago y en un segundo tiempo bajó la nariz trayendo el injerto cartilaginoso en el prolongamiento de los huesos propios.

Desde entonces König, Steinthal, Nélaton y otros muchos trasplantaron colgajos a esqueleto cartilaginoso.

Rinoplastias por el procedimiento de Nélaton y Ombrédanne. Este procedimiento comprende, una operación preliminar y una definitiva.

Operación preliminar. Consiste en levantar un trozo

del 8º cartílago costal izquierdo e insinuarlo bajo la piel de la frente en una posición determinada de antemano, de manera que este cartílago, constituya un esqueleto suficiente para la futura nariz.

Operación definitiva. Comprende dos tiempos. En el 1er tiempo se confecciona y se dispone un colgajo que dobla el espesor de otro colgajo superficial, el colgajo forro, digamos, tiene su cara cruenta hacia delante. En el 2º tiempo, se trae el colgajo frontal munido de su cartílago, colgajo superficial, a presencia de la cicatriz nasal; su cara cruenta está aplicada en contacto con la cara cruenta del colgajo forro.

Antes de proceder a la primera operación, el cirujano, tomará por si mismo algunos cuidados preliminares indispensables para el buen éxito de la operación.

Medirá desde luego, con un compás el largo de la nariz que quiere dar al paciente. Para lo cual una de las ramas del compás será colocada en la línea intersuperciliar, la otra corresponderá al nivel de la punta de la futura nariz.

El intervalo de las dos ramas del compás dará un largo al que hay que agregar dos centímetros y medio correspondientes al subtabique. Tomada esta dimensión el cirujano dibuja el colgajo frontal, con un lápiz de nitrato de plata ligeramente humedecido, de manera que sus rasgos sean perfectamente visibles, el día

de la operación después de aseptizada de la región.

Para que la rotación del pedículo se haga fácilmente, se le coloca perpendicularmente al eje del colgajo y como el colgajo es trazado horizontalmente sobre la frente, el pedículo es casi vertical.

Para trazar el colgajo frontal se aconseja dibujar previamente un paralelógramo, uno de cuyos lados será una vertical sobre la frente, que nace en la unión del tercio interno de las cejas con sus dos tercios externos; el lado opuesto se elevará paralelamente a esta vertical en el extremo externo de la ceja izquierda; la distancia que separa estas dos líneas será igual al largo de la nariz y el subtabique. Dos líneas horizontales completan el cuadrilátero, la primera superior rasará la línea de implantación de los cabellos, la segunda, inferior pasará inmediatamente arriba de la ceja izquierda.

En este paralelógramo el cirujano trazará su colgajo: para esto, el rasgo de incisión comenzará en la unión del tercio interno y los dos tercios externos de la ceja derecha y se oblicuará hacia arriba y a la derecha de tal manera que a 25 milímetros de su punto de partida la incisión esté a 1 centímetro de la vertical.

En este punto se reflejará hacia la izquierda de manera a ganar la horizontal oblicuamente; seguirá la horizontal que rasa los cabellos a cuyo extremo se arredondeará dulcemente para descender tangente a la

vertical que limita a la izquierda el colgajo y llegar arriba de la ceja cuyo contorno seguirá hasta su medio, remontará 4 o 5 milimetros e incurvándose vendrá a terminar en la raiz de la nariz entre ambas cejas. El cartílago ocupará el eje de este colgajo.

Operación preliminar 1er tiempo. — Resección del cartílago de la 8ª costilla izquierda. El cirujano a la izquierda, explora el reborde costal y encuentra la punta del cartílago de la 10ª costilla; siente el reborde arredondeado del 9º cartílago y arriba está el 8º. Al nivel del reborde costal y a dos dedos dentro de la línea mamaria se hace una incisión que sigue sobre este reborde unos 8 centímetros contorneándolo, luego se recurva hacia arriba unos 3 centímetros. Se descubre el cartílago 8º entre el gran recto y el oblícuo mayor del abdomen y en su borde arredondeado del 9º cartílago y arriba está el 8º. Al nivel del reborde costal y a dos dedos dentro de la línea mamaria se hace una incisión que sigue sobre este reborde unos 8 centímetros contorneándolo, luego se recurva hacia arriba unos 3 centímetros. Se descubre el cartílago 8º entre el gran recto y el oblicuo mayor del abdomen y en su borde inferior se tallan unos 6 centímetros de cartílago, se sutura la herida en dos planos. El cirujano da a la barrita cartilaginosa la forma que desea.

Es importante determinar la parte que ha de corresponder al esqueleto del subtabique a cuyo nivel se hace una escotadura o una charnela que ha de permitir más tarde incurvar o doblar en ángulo este esqueleto y formar la punta de la nariz. 2°. tiempo. Introducción del cartílago bajo el periostio frontal. Se hace una incisión de un centímetro y medio, en la extremidad del colgajo frontal y en su medio, hasta el hueso; por esta incisión se fragua con la rama de unas tijeras un túnel entre el periosto y el hueso y en el eje del colgajo. Se introduce el cartílago en el túnel de manera que lo que ha de corresponder al subtabique quede a izquierda.

La operación preliminar queda terminada, pero hay que esperar uno o dos meses, para que el cartílago haga cuerpo con el colgajo y recién entonces, hacer la operación definitiva

Operación definitiva. Preliminares. Algunas horas antes razar los cabellos, colocar su capuchón.

1er tiempo. — Confección del colgajo forro. Si hay mucha piel de la antigua nariz basta despojarla de su epidermis y de la capa superficial del dérmis; este avivamiento servirá de forro.

Si hay poca piel en la región nasal, se diseca e invierte de manera de dejar la cara cruenta al aire, y se suturan los bordes libres.

Si no hay piel, se la toma, del brazo, a la italiana, en un tiempo especial, siempre este colgajo debe tener su cara cruenta al aire.

2° tiempo. — *Colocación del colgajo frontal.* — El colgajo es tallado a bisturí y disecado hasta su pedículo, siguiendo el trazado a nitrato de plata; después se le destaca a legra que pasa entre hueso y periosto, llevando por consiguiente todo este periosto en el colgajo.

El cirujano se asegura de que, el colgajo cae bien, que el cartílago corresponde a la arista nasal y fabrica los orificios nasales. Pinza para ello, entre el pulgar y el índice el extremo del colgajo en su medio, en el punto en que se encuentra la extremidad del cartílago costal y al derredor de este punto se suturan con catgut los dos bordes así plegados y queda el subtabique constituido. Se dobla entonces el cartílago al nivel de la charnela y quedan constituidas las alas de la nariz, que se fijan lateralmente con catgut a las mejillas. El subtabique se sutura a una incisión del labio superior. Terminada esta operación hay que estrechar la herida frontal.

Cuidados consecutivos. — Curas secas con gasa esteril en la nariz y la frente.

La herida de la frente puede ser tratada ulteriormente por injertos de Thiersch.

Rinoplastias por el método italiano modificado. Este procedimiento comprende una operación preliminar, una definitiva y varias accesorias que llamaremos retoques.

La operación preliminar consiste como en el procedimiento anterior en injertar el cartílago de la 8ª costilla izquierda, pero aquí el injerto debe hacerse bajo la piel del brazo.

La operación definitiva consiste, en llevar un colgajo a la italiana del brazo, que contiene el cartílago injertado.

Las operaciones accesorias, los retoques, tienen por objeto, correjir pequeñas exhuberancias que quedan siempre, después de la retracción de los tejidos de la plástica.

Como en el procedimiento anterior, el cirujano antes de emprender la rinoplastia, debe reglar su operación.

Medirá su colgajo y determinará exactamente, el punto de la piel del brazo que ha de corresponder a la punta de la nariz, para lo cual colocará el brazo en la posición que ha de ocupar al suturar el colgajo italiano a la cicatriz nasal.

El colgajo braquial debe tener su pedículo hacia la extremidad del miembro y el cartílago debe ocupar su eje; las dimensiones y la forma del colgajo varían para cada caso pero recordando la manera de hacer de Nélaton, será siempre fácil trazarlo.

Operación preliminar. 1er tiempo. Resección del cartílago de la 8a costilla. — Este tiempo es exactamente igual al de la operación anterior.

2º tiempo. — Injerto del cartílago. Se fragua un túnel bajo la piel del brazo y en el sitio previamente determinado y se coloca allí el cartílago, en el espesor del tejido celular sub-cutáneo, de modo que la charnela, venga a quedar debajo del punto que corresponderá más tarde a la punta de la nariz.

Se termina la operación sosteniendo por puntos de crín la posición del cartílago. Al cabo de un mes se hace la plástica.

Operación definitiva. 1er tiempo. Avivamiento de la cicatriz nasal. Se avivan y regularizan, movilizándolos a necesidad los bordes de la cicatriz nasal, respetando todo lo que quede de esqueleto.

2º tiempo. Talla y transporte del colgajo braquial a la cara. Se talla el colgajo braquial según el trazado previo dejándolo adherente por su pedículo, se diseca este colgajo llevándose todo el panículo adiposo y en su espesor el cartílago. Se lleva este colgajo a presencia de la cicatriz nasal avivada y se sutura a esta borde a borde, salvo al nivel del pedículo.

3er tiempo. — Inmovilización. — Suturado el colgajo, se inmoviliza el brazo, con cualquiera de los aparatos descriptos, en el servicio se emplea siempre el aparato del Dr. Finochietto.

La herida del brazo es achicada por puntos que aproximan los labios y curada con apósitos humedecidos en una solución fenicada débil. Las curas de la herida nasal se hacen con gasa yodoformada.

Al cabo de uno o dos meses, se secciona el pedículo dejándolo libre arriba de los labios. Los puntos de sutura son tratados aquí como en cualquier otra operación quirúrgica.

Operaciones accesorias. Retoques. — 1er retoque. — Con anestesia local y transcurrido el tiempo necesario para la retracción del pedículo se procede a este primer retoque, que trata de suturar este pedículo. al labio superior, para formar el subtabiquee y los orificios nasales. Esta sutura no es conveniente hacerla en el momento mismo de seccionar la base del colgajo porque esta tiene en ese instante el borde infiltrado, esta infiltración y la retracción secundaria, inutilizan la sutura, soltando los puntos mientras que suturando después de haberse retraído y desinfiltrado el pedículo no hay ya peligro de ruptura de los puntos. En la observación III al final de este trabajo se suturó inmediatamente y el colgajo se desprendió; en la observación

IV, no se suturó de inmediato y el pedículo por sí solo al retraerse se dobló sobre su cara cruenta y fué a buscar la base del labio superior, donde fué fácil más tarde hacer una sutura. Los otros retoques se hacen a medida que se notan exuberancias, las operaciones son fáciles, pero atipicas como se comprende, no las describiré pués. Este método tiene sobre el anterior la ventaja de no dejar cicatriz frontal.

Las pérdidas de substancia pequeñas, son fáciles de tratar, conociendo los procedimientos empleados para las rinoplastias totales, no me detendré pués en ellas y daré aquí por terminado este trabajo.

Observaciones

I

Hospital Rawson.—Sala XI.—Historia 543

P. R. 30 años, soltero, argentino, músico.

Diagnóstico.—Lesiones sifilíticas terciarias de la cara.

Ingresó al servicio el 27 de Abril de 1912.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión, Coqueluche.

Enfermedad actual.—En 1905 tuvo un chancro sifilítico, se hizo tratamiento, a los 3 meses le aparecieron unas úlceras en las piernas, que cedieron al tratamiento al cabo de 2 meses, el tratamiento instituído fué el siguiente: fricciones, píldoras, inyecciones de bi yoduro de mercurio. Más tarde le aparecieron nuevas ulceraciones, en el muslo izquierdo en la parte posterior, y en la frente, se hizo inyecciones de aceite gris y estas ulceraciones curaron. A los 7 meses de enfermedad, comienza su lesión de nariz; dice el enfermo, que le apareció una especie de absceso, que se abrió y luego siguió su proceso de destrucción, hasta la fecha de su ingreso al servicio; esta destrucción atacó a las partes blandas y óseas de la región de la nariz y aún del paladar. Se ordenaron, fricciones,

inyecciones de calomel y aceite gris, yoduro de potasio Souffron, jarabe de Gilbert, etc., la lesión progresaba a pesar de todo, aparecieron destructivas de las mejillas. Se hicieron entonces 5 inyecciones de Salvarsan endovenosas. Las lesiones cicatrizaron al cabo de un tiempo. Pero el sujeto presentaba, una pérdida total de la nariz, pérdida del labio superior y la retracción cicatricial de las antiguas ulceraciones produjo ectropión, la piel de la frente estaba surcada de cicatrices: para remediar todas estas deformidades se pensó en una rinoplastía, a la que más tarde seguirían otras plásticas.

Agosto 27, 1912. — 1ª. Operación. Método italiano.

Se reavivaron los bordes de la cicatriz nasal, y luego se talló un colgajo a la italiana en la cara anterior del brazo izquierdo, más bien en cara antero interna, que anterior, el colgajo a pedículo superior tenía una forma de V; se llevó el colgajo a suturar a los bordes avivados de la cicatriz y se suturó con crin, manteniéndose la inmovilización del brazo por un vendaje. La anestesia clorofórmica mal tolerada, trajo sus vómitos que ensuciaron el campo operatorio y la posición del brazo, molesta en extremo no pudo ser mantenida rigurosamente. En las curaciones sucesivas, se observó que el colgajo se necrosaba, se desprendió en el vértice y en el lado derecho, y al cabo de un tiempo se desprendió totalmente.

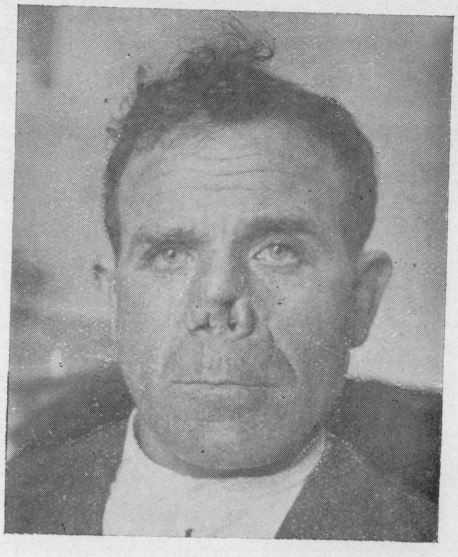
Diciembre 28, 1912. — 2ª. Operación.

Se resuelve hacer una rinoplastía por el método indiano, con esqueleto cartilaginoso y en varias sesiones.

1ª Sesión. — Anestesia local, (novocaina y adrenalina).

Observación I

Observación IV



Por una incisión curva al nivel del reborde costal izquierdo y en la línea para esternal se descubre el 8º cartílago costal, del cual se secciona a lo largo una plaqueta de 6 centímetros de longitud por 5 milímetros de espesor, luego se abre un túnel debajo de la piel de la frente y transversalmente, perpendicularmente al meridiano sagital se injerta la plaqueta cartilaginosa en dicho túnel. Se sutura en dos planos la herida del torax para no dejar espacios muertos.

Marzo 13. 1913. — 2ª. Sesión. Método indiano.

Se avivan los contornos de la nariz, se talla un colgajo frontal que lleva en su eje mayor en cartílago injertado en la 1ª sesión, se baja este colgajo por torsión sobre su pedículo, a la indiana y se suturan borde a borde colgajo y cicatriz avivada. Prende perfectamente, salvo en la extremidad inferior. A los 8 días se retiran los puntos.

Después de algunos meses, la nariz restaurada que ya había hecho sus retracciones, resultó exuberante y en varias sesiones posteriores hubo que hacer retoques. El sujeto continúa hasta la fecha en el servicio, pues van a hacérsele, otras plásticas de cara; a este trabajo, acompaña una fotografía de la nariz restaurada, no siéndome posible presentar una fotografía anterior a la operación por haberse extraviado la placa.

II

Hospital Rawson. — Sala XI. — Historias 675, 797 y 811

J. J. 24 años, soltero, argentino.

Diagnóstico. — Lesiones sifilíticas terciarias de la cara. Ingresó al servicio el 5 de Noviembre de 1912.

Este enfermo tuvo un chancro sifilítico hacen 4 años, se hizo algunas fricciones, pero su tratamiento fué hecho con irregularidad, a los 2 años de enfermedad tuvo una goma de nariz que destruyó los cartilagos laterales, el tabique cartilaginoso y parte del tabique óseo, la piel de toda la región nasal estaba ulcerada, se hizo tratamiento mercurial sin resultado y luego 7 inyecciones endovenosas de Salvarsan después de las cuales ingresa al servicio, las ulceraciones de la piel han cicatrizado. Le traen al servicio fuertes dolores que se asientan a los lados de la nariz, dolores acompañados de una supuración fétida.

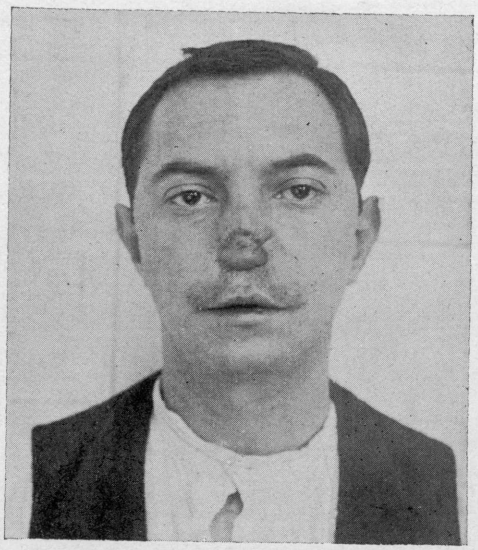
Noviembre 7, 1912. — 1ª. Operación.

Extirpación de un secuestro de la apófisis montante del maxilar superior izquierdo.

Anestesia clorofórmica. — Se explora la nariz y se descubre un secuestro al nivel de la apófisis montante del maxilar superior izquierdo; se extirpa dicho secuestro con una pinza de Kocher, se tapona la herida, se retira el tapón al día siguiente.

Se hace tratamiento mercurial intenso.

Observación II



La herida intra nasal cura bien.

Se piensa en una restauración.

Febrero 20 de 1913.—2ª. Operación.

1er. tiempo, anestesia local (novocaina, adrenalina), se extrae un pequeño trozo de secuestro al nivel de la nariz.

2º tiempo, anestesia local (novocaina, adrenalina).

Al nivel del reborde costal izquierdo en la linea mamaria se descubre el 8º cartilago costal y se talla a sus expensas una plaqueta angular de 6 centímetros de largo, esta plaqueta angular tiene una rama larga que constituirá más tarde el dorso nasal y una rama corta que hará el sub tabique mientras que el vértice del ángulo formará la punta de la nariz; tallada dicha plaqueta se injerta bajo la piel del brazo izquierdo en la cara anterior, de manera que el vértice del ángulo haga relieve en la superficie cutánea, para lo cual se fija dicho vértice con puntos de crin anudados en rollos de gasa. Se sutura en dos planos la herida del torax.

Al mes se sacaron los puntos de crin que sostenían el injerto, el ángulo del cartilago era más o menos de 120 grados.

Se empezó luego a acostumbrar al paciente a mantener el brazo en la posición que quedó cuando se hizo la rinoplastia por el método italiano y se probó el aparato del Dr. Finochietto que mantuvo dicha posición.

Abril 17. 1913.—3ª. Operación. Método italiano. Anestesia clorofórmica.

Se hizo un avivamiento de los bordes de la cicatriz nasal, se talló luego el colgajo braquial, en cuyo gran eje

iba el injerto de cartílago, la base o pedículo del colgajo era inferior, se suturó este colgajo a la cicatriz avivada en sus bordes laterales y superior y se colocó el aparato Finochietto.

El injerto prendió sin supurar.

Mayo 1º de 1913. — 4ª. Operación.

Se seccionó el pedículo y suturó la herida del brazo en dos planos, con anestesia local: (novocaina, adrenalina), se eliminó el pequeño segmento del ángulo cartilaginoso.

Con anestesia clorofórmica, en la misma sesión se arregló el colgajo en su sección o borde libre, suturándolo al labio superior avivado. Se hacen curaciones, el colgajo se retrae y cierra como un diafragma el orificio inferior de las fosas nasales.

Junio 20 de 1913. — 5ª. Operación.

Como se recordará el subtabique se había eliminado.

En el lugar en que debían estar los orificios nasales y el subtabique, no existía sino una superficie triangular a base posterior y vértice anterior, siendo sus lados los bordes inferiores de las dos alas de la nariz; esta superficie triangular se dividió mentalmente en dos por un imaginario subtabique y a ambos lados de este supuesto subtabique se talló un orificio nasal, manteniéndose la abertura por dos tubitos de goma.

La curación fué sin incidentes y la nariz quedó restaurada.

III

Hospital Rawson. Sala XI. Historia 859

R. A. 18 años, argentina, soltera.

Diagnostico. — Goma de la nariz.

Ingresó, Febrero 15 de 1913.

A consecuencia de una goma de la nariz, la enferma presenta destrucciones y deformaciones que se notan muy bien en las fotografías.

Faltan los cornetes y parte del cartilago cuadrangular del tabique, también falta el subtabique.

Se instituye un tratamiento específico enérgico.

Abril 1º de 1913. — 1ª. Operación.

Como en los casos anteriores, se trata en esta operación preliminar de injertar una plaqueta cartilaginosa bajo la piel del brazo; pero aprovechando las enseñanzas dejadas por las intervenciones anteriores, este injerto va a ser hecho con las siguientes particularidades: 1ª. en lugar de una plaqueta angular, se talla una plaqueta rectilínea de 6 centímetros y en el punto que se desea vaya a formar el esqueleto del lóbulo de la nariz se hace una charnela: 2ª. antes, de hacer el injerto, se levanta el brazo de manera que venga a quedar en la posición que debe ocupar cuando esté hecha la plástica a la Italiana, en dicha posición se determina exactamente el punto de la piel del brazo que debe formar el futuro lóbulo nasal y exactamente bajo ese punto debe quedar la charnela.

En el caso presente tal fué el procedimiento, el injerto prendió perfectamente.

Se empezó luego a acostumbrar a la enferma a mantener el brazo en posición y se provó el aparato Finochietto.

Mayo 31 de 1913.—2ª. Operación. Método Italiano. Anestesia clorofórmica.

Se coloca a la enferma el casquete del aparato Finochietto, esterilizado y este es recubierto por otro de goma también estéril.

Se regularizan y a vivan los bordes de las cicatrices, restos de las alas de la nariz, se resecan otras cicatrices que avanzan hacia la raíz de la nariz, queda entonces una superficie casi triangular, donde se injerta la piel del brazo. Se pasa un punto de catgut, para fijar el injerto a los restos del tabique; se suturan con crin los bordes del colgajo tallado en el brazo a los de la cicatriz avivada. Se sutura la aponeurosis braquial a catgut y la piel del miembro a crin, hasta la base del pedículo. Se coloca el aparato Finochietto.

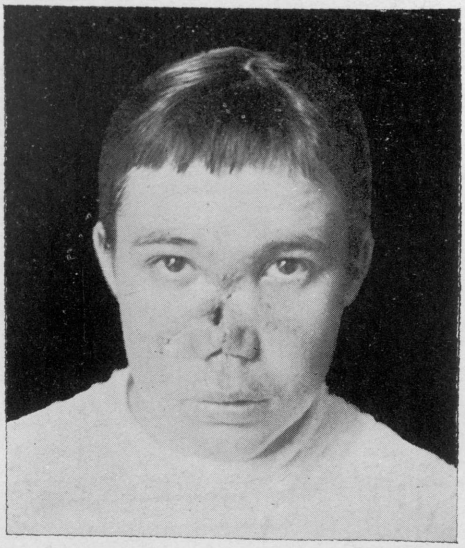
Junio 17 de 1913. — 3ª. Operación.

Se secciona el pedículo, se fija con catgut el pequeño cartilago limitado por la charnela a los restos del subtabique.

Se sutura con crin la parte media del pedículo a la parte media del lábio superior. Se sutura la herida del brazo.

En los días siguientes se desprenden los puntos de la sutura del labio, se continúan las curas dejando despren-

Observación III



Observación III

dido el pedículo; este comieza a invertirse expontáneamente sobre la cara cruenta buscando la parte del labio a que estuvo suturado.

A los 20 días, el colgajo está retraido y su borde libre reducido cicatrizó con el labio.

Agosto 20 de 1913. — 4ª. Operación.

Anestesia local (novocaina y adrenalina).

Se avivan, el borde anterior del ala izquierda y el borde correspondiente del colgajo y se suturan. — Se desprende el pedículo de la cicatríz del labio y se reduce el lóbulo un poco exuberante, se sutura nuevamente el pedículo al labio.

Octubre 21 de 1913. — 5ª. Operación.

Anestesia local. (novocaina y adrenalina).

Se reseca la cicatriz geniana que ha elevado un lado del ala de la nariz al retraerse, se rechaza hacia abajo el ala y la porción vecina del carrillo. — Se sutura el borde del ala al correspondiente del colgajo con crín, terminada esta sutura, el surco naso genio queda bien formado.

Noviembre 16 de 1913. — 6ª. Operación.

Sin anestesia. — Reducción del lóbulo exuberante.

En el vértice del lóbulo nasal, se reseca una porción circular un poco elíptica y se suturan a seda, transversalmente los bordes.

Noviembre 25 de 1913. — Hay sensibilidad embotada en la piel transplantada. El esqueleto se palpa profundamente; se da de alta a la enferma.

IV

Hospital Rawson. Sala XI. Historia 949

F. E. 35 años, español, soltero, jornalero.

Diagnóstico. — Mordedura de perro en la nariz. — Ingresó al servicio el 13 de Agosto de 1913.

El 8 de Marzo fué mordido por un perro en la punta de la nariz, llevándole la parte anterior de este órgano, al que faltan, todo el lóbulo nasal, parte del ala derecha, gran parte del ala izquierda y el sub tabique, en la cavidad de las fosas hay gran número de sinéquias.

Agosto 11 de 1913. — 1ª. Operación.

Consistió esta en el injerto de 6 centímetros de cartílago de la 8ª. costilla bajo la piel de la cara anterior del brazo izquierdo, a la plaqueta cartilaginosa se le hizo una charnela que fue a ocupar bajo la piel del brazo el sitio que más tarde iría a constituir la punta del lóbulo nasal. — Hecho el injerto, para evitar desplazamientos del cartílago se mantuvo este, mediante puntos de crin anudados en rollos de gaza.

Agosto 29 de 1913.

Se retiraron los puntos de capitonage de el brazo.

La herida toráxica curó por primera.

Se dió el alta provisoriamente al enfermo.

Ingresó por segunda vez al servicio el 12 de Diciembre de 1913. — Se comenzó a acostumbrarlo, a mantener

el brazo en la posición en que debe quedar al hacerse la rinoplastia a la Italiana. Se proveó el aparato Finochietto.

Diciembre 16 de 1913. — 2ª. Operación.

Anestesia local (novocaina y adrenalina).

Se ponen al enfermo el casquete del aparato de sosten y un gorro de goma que lo recubre, esterilizado.

Se hacen dos incisiones laterales al nivel del surco naso-genio con objeto de liberar y movilizar las alas de la naríz se hace un avivamiento de los bordes de estas alas.

En el brazo se talla un colgajo cuadrangular a base inferior, que lleva en su gran eje el injerto cartilaginoso, se lleva con este colgajo, todo el tejido celular para protejer en su cara profunda la plaqueta. — Se hace la hemostasia y se sutura la herida braquial hasta el pedículo.

Se aplica el colgajo a la superficie cruenta de la nariz, el extremo superior del cartilago, se insinúa bajo la piel del dorso nasal y se fija con un punto en U de crin.

Se suturan los bordes a crin.

Diciembre 17. — Se levanta la curación. La herida tiene buen aspecto.

Diciembre 18. — El ángulo izquierdo y superior del colgajo cuadrangular se pone violáceo. Se hacen curas diarias con gasas yodoformadas en las fosas nasales y en el brazo curas húmedas antisépticas con soluciones débiles de ácido fénico. Las heridas tienen buen aspecto.

Diciembre 26. — Se sacan los puntos.

Enero 8 de 1914. — 3ª. Operación.

Anestesia local (novocaina y adrenalina).

El colgajo se secciona en su pedículo y este se deja suelto sin suturarlo al labio.

Enero 20 de 1914. — 4ª. Operación.

El colgajo se ha reducido, sus bordes se han retraído.

Anestesia local (novocaina y adrenalina).

Se suturan los bordes laterales de la base del pedículo, a los bordes anteriores de las alas de la nariz previo avivamiento.

Marzo 19 de 1914. — 5ª. Operación.

Ha expensa del colgajo ya prendido se hace una plástica por deslizamiento que va a llenar una pérdida de substancia cicatricial.

El resultado es satisfactorio y prueba la vitalidad del colgajo.

MARCO ACUÑA.

Buenos Aires, Mayo 29 de 1914.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Eduardo Obejero, al profesor extraordinario Dr. Eliseo V. Segura y al profesor suplente Dr. Rodolfo Enriquez para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes»

LUIS GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

Buenos Aires, Junio 8 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2810 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultado estético de las restauraciones quirúrgicas, comparado con los aparatos protéticos.

Eduardo Obejero.

II

Consecuencias patológicas de la insuficiencia respiratoria nasal.

E. V. Segura.

III

Métodos de corrección de la forma de la naríz, sin cicatriz.

Rodolfo Enriquez.

2[illegible]6

Bibliografía

Chiazzaro A. — Rinoplastia total. Tesis. Montevideo 1888.

Martín C. — De la rhinoplastie sur charpente metallique (Revue de chirurgie 1899, págs. 189 a 203).

Nélaton y Ombrédaune. — La Rhinoplastie. — Steinheil. — 1904. Paris.

Nogueira J. A. Monteiro. — Da Rhinoplastia. These, 1901. Rio de Janeiro.

Rophille Francisco. — Un caso de rinoplastia total. Tesis 1906. Buenos Aires.

Testut. — Anatomía descriptiva.

Morestin. — Mutilation du nez. — Soc. chirurgie 1911, página 1277.