

fijé por medio de una película de tripa de buey y colodión sin sutura alguna. El resultado fué completo; tanto, que al presentar un mes después el operado á la Academia de Medicina, á no ser por el color un poco subido del colgajo, no habría sido posible distinguirlo de la piel que lo rodeaba.

El ejemplo, dado primeramente por mí, no tardó en ser imitado, tanto que Ollier, después de mi comunicación á la Sociedad de Cirugía, transformó el ingerto epidérmico de Reverdin en una verdadera heteroplastia, puesto que tomó colgajos bastante extensos de dermis y los colocó sobre las heridas en vía de cicatrización. Houzé de l'Aulnoit se adelantó aún más: intentó practicar la heteroplastia por medio de colgajos de la mucosa lingual ó palatina sacados del buey y de la ternera; pero los resultados fueron negativos. En cuanto al ingerto epidérmico de Reverdin, tiene muy poca analogía con la heteroplastia. Antes de mi primera operación, tenía por único objeto provocar alrededor de los pequeños colgajos de epidermis la proliferación del tejido cicatricial, y Reverdin, al parecer, no pensó jamás en la posibilidad de ingertar la piel, ni siquiera en una parte del espesor del dermis, porque aun en su Memoria de 1872 insiste sobre la necesidad de aplicar el ingerto en una herida ya en supuración, y en la utilidad de no emplear sino colgajos epidérmicos, cuyas dimensiones no pasen de algunos milímetros.

Un año después (31 Marzo 1874) uno de mis antiguos discípulos, Sichel, animado por el éxito que obtuve el año precedente, repitió esta operación para un ectropion del párpado superior en una mujer de 48 años, con buen resultado. La hizo de nuevo el 15 de Junio de 1875 por la misma causa en una mujer de 18 años, y el resultado fué imperfecto. Stellwag von Carion hizo la misma operación en 1874 con éxito parcial. Mis dos operaciones y la primera parte de este artículo fueron publicados en la anterior edición de este Manual, que vió la luz en 1874. Admira, pues, y con razón, que Wolfe, que no hizo esta operación por vez primera hasta Agosto de 1875, tres años después de la presentación á la Academia de Medicina de mi segundo operado, curado con éxito completo, haya dado su nombre á esta operación aplicada á la curación del ectropion. Monod, en un luminoso informe presentado á la Sociedad de Cirugía, el 27 Julio de 1881, reivindicó mis derechos de prioridad dando á conocer cuarenta observaciones de autoplastia por ingerto, habiendo dado en general buenos resultados. Por lo demás, volveré á ocuparme de este asunto al hablar del ectropión (1).

(1) Indudablemente al doctor A. Reverdin se debe la posibilidad de ingertar con fruto el epidermis en una superficie en supuración. Repetidos experimentos han evidenciado la posibilidad del fenómeno, y ensayos sucesivos han demostrado la realidad del hecho; en su consecuencia la ingertación epi-

## ARTÍCULO IX

## DE LA UÑA INTRODUCIDA EN LAS CARNES

Es ya un hecho probado que, si bien en algunos casos, que son por otra parte muy raros, la uña sufre una verdadera desviación, exceptuando los casos en que la onixis es debida á la sífilis, en su mayoría no es así, sino que las carnes son impelidas contra la uña; así se comprende perfectamente que se haya pensado en atacar las

dérmica es aceptada por la ciencia y queda definitivamente establecida en la práctica.

A la fisiología corresponde el estudio del conjunto de fenómenos que tienen lugar en los elementos componentes de los tejidos, tanto por parte del fragmento trasplantado, como de la superficie recubierta.

Quirúrgicamente considerado, el ingerto epidérmico es especialmente aplicable á las úlceras resultantes de quemaduras extensas y más ó menos profundas, á las heridas por casco de granada, á las extensas pérdidas de sustancia por efecto de la gangrena hospitalaria y demás casos de ulceraciones de difícil cicatrización.

El ingerto se toma de cualquier parte del cuerpo, generalmente del brazo ó de la pierna; puede ser del mismo sujeto ó de otra persona.

De diferentes modos se puede escindir el ingerto; pero el más expedito consiste en levantar la piel con unas pinzas de diente de ratón y con una lanceta cortar el colgajo epidérmico por transfixión en un solo golpe de empuje. Este vendrá á medir de 3 á 4 milímetros y comprenderá el mayor número posible de elementos de la capa de Malpighio, que es lo que conviene.

Con este proceder hay la ventaja de que no se enrollan los bordes del colgajo, y como éste queda sobre la hoja de la lanceta, para colocarlo en la superficie que se trata de epidermizar, basta hacerlo caer de aquélla sobre ésta con la punta de un alfiler. En caso de que se hubiesen replegado algo sus bordes se les aplana suavemente, y de todos modos se le mantiene en su sitio con tiras aglutinantes, que no se levantarán hasta después de tres ó cuatro días.

El número de ingertos variará según la extensión de la pérdida de sustancia; cuantos más se apliquen, más rápida será la epidermización y menos retráctil la cicatriz resultante. En una misma úlcera podrán verificarse diferentes sesiones de ingertación.

Por último, es de advertir que, para que el ingerto epidérmico dé el resultado apetecido, la superficie sobre que se va á aplicar debe estar, no sólo perfectamente limpia, sino cubierta de una capa de células embrionarias, que es lo que constituye esas granullaciones pequeñas y uniformes que dan tan saludable aspecto á las superficies supurantes. Solamente en estas circunstancias proliferarán los elementos del ingerto é impresionarán favorablemente la superficie ulcerada.

El agente de esa impresión se ha llamado por Gubler fuerza *catabiótica*, por Vogel, *analogía de formación*, y por Dubrueil, *fuerza homeoplástica*; y para probar que á esta propiedad son debidos los resultados del ingerto no vascular ó epidérmico, y no, como algunos han supuesto, á la simple compresión de las tiras aglutinantes que lo sujetan, se han verificado repetidos experimentos

partes blandas. Pero una vez ulceradas éstas, la uña se convierte en cuerpo extraño que las irrita sin cesar, y por consiguiente, se hace preciso extraerla. De estos principios se desprenden dos grandes métodos, según que se obre contra los tejidos blandos ó contra la uña, y este último se divide en tres métodos secundarios, según que nos limitemos á corregir la dirección de la uña, ó que la quitemos en parte ó en su totalidad, ó por último, que se ataque la matriz misma.

**PRIMER MÉTODO. Ablación de las carnes.**—Puede hacerse con el bisturí ó por los cáusticos.

**Procedimiento de Lisfranc.**—Se introduce de plano y de dentro á fuera la punta de un bisturí recto inmediatamente entre la uña y las carnes que la cubren, de manera que comprenda toda la altura de la fungosidad. Se concluye el colgajo hacia el extremo del dedo, y luego levantándolo é invirtiendo el bisturí, se le desprende por la base.

Los cáusticos no están indicados más que cuando existen fungosidades; el bisturí es casi siempre preferible.

de ingertación sin las tiras y simplemente cubriendo el ingerto con un vidrio de reloj, habiendo sido los resultados idénticos á lo que acontece con el método ordinario.

El ingerto *dermoepidérmico* consiste en tomar, junto con la epidermis, la capa más superficial del dermis. Estos colgajos se cortan con el bisturí en tiras de unos 10 milímetros de anchura y se aplican en las mismas circunstancias y con idénticas precauciones á las recomendadas para el ingerto epidérmico.

Hay además el *ingerto cutáneo*, que es el de que habla el autor con la denominación de heteroplastia. Aquí se trata de la trasplatación de un colgajo único. El doctor Wolfe, el primero que en Alemania practicó este método, insiste mucho sobre la previa preparación del colgajo quitando de su cara profunda todo indicio de tejido celular subcutáneo, cual idea, aunque someramente, expresa también Le Fort.

Recientes experimentos del doctor Fischer, de Estrasburgo, tienden á demostrar que el colgajo cutáneo coge más fácilmente, previa la anemia artificial del colgajo y de la parte sobre que se va á implantar con el compresor de Esmarch. Para el mejor éxito de la operación, el doctor Fischer toma todas las precauciones del método antiséptico.

Ultimamente (14 de junio de 1889), el doctor Cardenal presentó á la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona un operado de rinoplastia por colgajo frontal, en el que practicó con éxito lo que él llama *autoplastia á distancia*, que es el ingerto cutáneo de que acabamos de hablar, para llenar el hueco que en la frente había dejado la operación primera. Con este motivo expuso claramente las reglas que deben observarse para el mejor éxito de la operación, y, según se desprende del acta de esta sesión, terminó declarando que esta clase de autoplastias son de su invención y no las ha hecho nadie antes que él. Es de creer que el señor secretario no interpretaría bien esta última parte del discurso de Cardenal.

**SEGUNDO MÉTODO. Dislocación de las carnes.**—En vez de cortar las fungosidades, se ha tratado de dejar libre la uña retrayendo la piel exuberante.

**Procedimiento de Guyon.**—Se practican en los dos extremos de los tejidos ulcerados dos incisiones transversales y se las reúne á beneficio de una tercera. Así se corta un pequeño colgajo cuadrilátero cuya base corresponde á la parte enferma. Hecho esto, se escinde de la cara lateral del dedo una porción de piel (A B), cuya ampli-

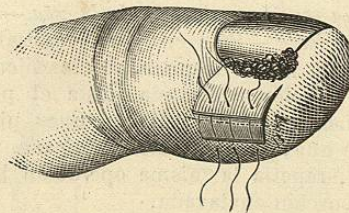


FIG. 109

Procedimiento de Guyon

tud corresponderá al grado de dislocación que se trata de obtener; uniendo luego por la sutura el borde del colgajo y el de la herida resultante, y de la tracción que de este modo sufre el borde cruento del colgajo, debe resultar el desprendimiento del otro borde en el cual estaba enclavada la uña (fig. 109).

**TERCER MÉTODO. Enderezamiento de la uña.**—Seguramente éste es el método que va menos directamente á su objeto.

**Procedimiento de Desault.**—Se servía de una lámina de hoja de lata de unos 4 centímetros de longitud y ancha de 1 centímetro; introducía uno de los extremos ligeramente encorvado entre la uña y las fungosidades, con el cual levantaba aquélla y deprimía éstas; después, encorvando la lámina de dentro á fuera de modo que abrazase exactamente el reborde formado por las fungosidades, la sostenía en esta posición por medio de una venda arrollada alrededor del dedo grueso.

Citaré por simple recuerdo los procedimientos de Richerand, que empleaba una lámina de plomo, y el de Dudon, que prefería usar broches de plata, etc.

**CUARTO MÉTODO. Ablación de la uña.**—Algunos cirujanos han

ensayado el adelgazamiento de la parte media de la uña raspándola, para aproximar luego las dos mitades. A Guilmot se le ocurrió cortar el ángulo interno de la uña, para que la presión del empeine del zapato dejara de rechazarla hacia afuera clavando su borde externo en las carnes.

Todo esto vale bien poco. Debemos contar solamente con tres procedimientos, únicos que merecen ser descritos: 1.º ablación de la porción enclavada de la uña; 2.º ablación de todo un lado de la uña; 3.º ablación de la uña entera.

1.º *Ablación de la porción enclavada de la uña.—Procedimiento de Fabricio de Acquapendente.*—Este cirujano empezaba por aislar la uña de las carnes con hilas, después, con las tijeras, cortaba longitudinalmente la porción enclavada hasta el punto en que se adhería á las carnes, y, cogiéndola con unas pinzas, la arrancaba del resto de la uña, pero *sin violencia alguna*. Al día siguiente y en los sucesivos, repetía la misma operación hasta que había arrancado toda la porción enclavada.

Este procedimiento es el que Malgaigne ha adoptado simplificándolo, el cual tiene la ventaja de ser bastante fácil por el hecho anatómico de que la mayor parte de la porción introducida en las carnes no está adherida á los tejidos subyacentes. Incinde, pues, cuidadosamente, con las tijeras ó la punta de un bisturí, toda la porción enclavada de la uña hasta el punto más inmediato á su matriz, y, cogiéndola con unas pinzas de disección, tira de ella hacia arriba y á fuera á fin de desgarrarla, lo cual se efectúa fácilmente en sentido transversal. Pone después unas pocas hilas raspadas, y por lo regular el enfermo puede inmediatamente andar y correr sin molestia alguna.

2.º *Ablación de todo un lado de la uña. Procedimiento de Dupuytren.*—Se introduce debajo de la parte media del borde libre de la uña la punta de una rama de tijeras rectas y muy afiladas, que se desliza rápidamente hasta la raíz de la misma, para dividirla de un solo golpe en dos mitades á corta diferencia iguales. Cogiendo luego con unas pinzas de disección la mitad de la uña que corresponde al lado enfermo, se la arranca retorciéndola sobre sí misma de dentro á fuera.

3.º *Arrancamiento de toda la uña. Procedimiento de Long.* (fig. 110).—Esta operación, que es bastante sencilla, se hace con una espátula ordinaria de acero. Estando el enfermo sentado ó echado, el cirujano coge fuertemente con la mano izquierda el pie y el dedo grueso, y con la derecha la extremidad aplanada de la espátula, de modo que el pulgar esté sobre la cara cóncava y el índice y el

medio en la convexa del instrumento, esto es, casi con una pluma de escribir; en esta disposición, empieza por retirar suavemente con la punta del instrumento la piel que cubre la raíz de la uña. Descubierta su borde posterior, es decir, la matriz de la uña, comunica á la espátula un rápido movimiento de báscula hasta que venga á formar con el dedo enfermo un ángulo muy agudo y su extremidad se introduzca debajo de la uña, aun adherida por sus bordes y parte media; haciendo avanzar luego el instrumento

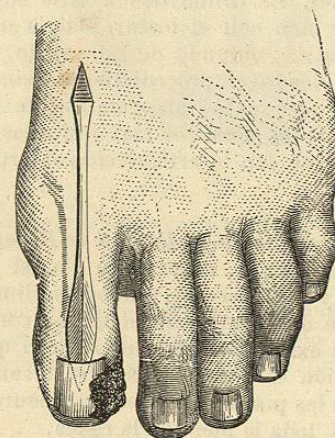


FIG. 110

Arrancamiento de la uña.—Procedimiento de Long

violentemente por debajo y á lo largo de ésta, procura en un solo tiempo despegarla y arrancarla.

Pretendía Long que el arrancamiento hecho de este modo no sólo es fácil, sino incoloro y exangüe. Lo he practicado muchas veces, y puedo asegurar que se ha de emplear bastante fuerza y la uña se rompe fácilmente, lo cual obliga á repetir dos ó tres veces la operación para que sea completa, por cuyo motivo los enfermos aquejan un vivo dolor, á más de que de los tejidos sobre que descansa la uña sale más ó menos sangre. La cicatrización se retarda unos diez días, y del décimoquinto al vigésimo se ve aparecer la uña nueva.

QUINTO MÉTODO. *Dstrucción de la matriz de la uña.*—Podemos destruirla en su totalidad ó en parte.

1.º *Destrucción parcial. Procedimiento de Larrey.*—Se empieza por arrancar la porción de uña dañada, según el procedimiento de Dupuytren que llevamos descrito; después se quita la matriz con el bisturí y se termina cauterizando la herida con el hierro candente.

Sédillot sustituye este último por la pasta de Viena.

Esta cauterización tiene por objeto destruir con mayor seguridad la porción correspondiente de matriz, puesto que por poca que quedara, podría reproducir una porción de uña que se clavaría de nuevo en las carnes. La cauterización sería superflua si no se cuidara de extirpar bien con el bisturí toda la superficie lisa que corresponde á la matriz; obrando de este modo, no sólo quedaría mucho más simplificado el procedimiento, sino que ofrecería mayor seguridad; porque la falangeta puede resentirse de la acción del fuego ó de los cáusticos mal aplicados. Sédillot refiere haber visto un enfermo con la articulación abierta por la pasta de Viena mal aplicada.

2.º *Destrucción completa. Procedimiento de Dupuytren.*—Cogido el pie con la mano izquierda, se practica con el bisturí recto una incisión profunda y semicircular, á unos 7 milímetros por detrás del origen aparente de la uña, incisión que corone á ésta y á su matriz en toda su extensión. Haciendo luego que un ayudante mantenga en posición el dedo enfermo, se levanta el colgajo de atrás á delante con las pinzas de disecar; procurando desprender, á la vez que la uña, toda la piel que la rodea.

*Procedimiento de Baudens.*—Se incide la piel del dedo en el punto indicado, y, con un bisturí cogido con toda la mano, se quita, á manera de viruta ó astilla, la uña con su matriz.

Estos son los procedimientos que más cuidado exigen para no dejar vestigio alguno de la matriz, pues que de otro modo se reproduciría la uña.

Ni una sola vez he recurrido á la destrucción de la matriz de la uña, y dudo que sea en ningún caso necesaria. Infinidad de veces he obtenido curaciones radicales con sólo la pequeña operación de Fabricio de Acquapendente: y en caso de recidiva, bastaría repetirla. Para los casos más graves, me he servido siempre con buen éxito del procedimiento de Long, porque facilita la cicatrización de las partes ulceradas, y la uña se ha repuesto sin señal alguna de recidiva de la afección.

*Método de L. Le Fort.*—Los conocimientos que hoy día se tienen acerca de las causas de esta enfermedad proporcionan más á menudo medios de curarla sin operación. Una razón muy fácil de

comprender explica por qué el dedo grueso es asiento de la enfermedad, y por qué el borde externo (interno con relación al eje del

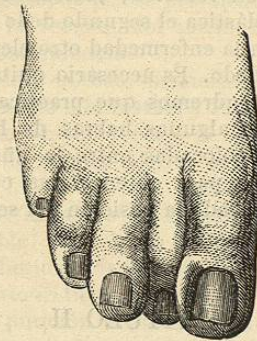


Fig. 111

Posición viciosa del segundo dedo produciendo el enclavamiento de la uña del dedo grueso

pie) es casi siempre el único atacado. Los cuatro últimos dedos se apoyan en el suelo por su extremidad y en dirección perpendicular á la superficie ungueal, de manera que el pulpejo tiende

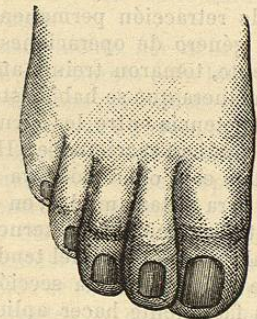


Fig. 112

Tratamiento de la uña enclavada por la superposición del segundo dedo

naturalmente á ladearse. Por lo regular, el segundo dedo cubre un poco al primero; pero á veces sucede lo contrario, se coloca debajo de éste y del tercero (fig. 111), disposición que, compri-

miendo las partes blandas contra el borde correspondiente de la uña, favorece su enclavamiento. Podremos, pues, prevenir la enfermedad ó evitar su recidiva, colocando y sosteniendo por medio de una tira emplástica el segundo dedo encima del primero (fig. 112). Pero entra en la enfermedad otro elemento, la ulceración fungosa del borde del dedo. Es necesario quitar los tejidos exuberantes, y para esto no tendremos que practicar operación alguna: la aplicación diaria de algunas hebras de hilas empapadas en percloruro de hierro y colocadas entre la uña y las carnes, casi siempre me ha bastado para obtener una curación completa y duradera si se ha modificado la posición del segundo dedo.

## CAPITULO II

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS MÚSCULOS Y SUS DEPENDENCIAS

#### I.— De la tenotomía en general

Se divide transversalmente un músculo, un tendón, ó una aponeurosis en los casos de retracción permanente y rebelde á toda otra medicación. Este género de operaciones, que rarísima vez se practicaban antiguamente, tomaron treinta años atrás un desarrollo extraordinario; de manera que se había establecido, por decirlo así, una especie de competencia entre los cirujanos por descubrir un nuevo músculo que pudiera seccionarse. Hoy día, sólo en muy contados casos se practica esta operación; ya no se seccionan los músculos de la lengua para la tartamudez; en el tronco, se ha conservado muy justamente la sección del esterno-mastoideo en el tortícolis, y en el miembro inferior, la del tendón de Aquiles. Por otra parte, siempre que esté indicada la sección de otros músculos ó tendones, podremos fácilmente hacer aplicación de las reglas generales siguientes:

1.º Todas estas secciones se practicarán, siempre que sea posible, por incisión subcutánea.

2.º El instrumento especial que se necesita es el tenotomo, cuya forma es variable. Algunos cirujanos quieren que tenga el corte convexo, otros lo prefieren cóncavo; pero el recto puede servir para todos los casos. La hoja, mientras que sea suficientemente fuerte, cuanto más estrecha sea mejor. Por último, la punta

puede ser obtusa ó aguda, circunstancia que hace variar el procedimiento operatorio.

Con el tenotomo agudo, se puede practicar á la vez la punción de los tegumentos y la sección del músculo ó tendón; pero esta ventaja es de poca trascendencia.

Si se usa el tenotomo obtuso, primero debemos puncionar los tegumentos con la lanceta ó el bisturí y luego deslizar el tenotomo por esta abertura. La mayor ventaja de este proceder consiste en alejar el peligro de herir vaso alguno con la punta del instrumento.

3.º La puntura que hagamos en la piel será en todos los casos lo más estrecha posible, con objeto de evitar la inflamación que podría producir una herida más extensa.

4.º Es de todo punto indispensable impedir la entrada del aire. A este fin, se hace la punción á cierta distancia del músculo que se trata de dividir, á través de la cual se desliza luego de plano la hoja del instrumento, ó bien se forma con la piel un pliegue paralelo á la dirección del músculo, cuya base corresponda á uno de sus bordes. Hundido el tenotomo en la base de este pliegue, bastará dejar suelta la piel para que quede algún intervalo entre la punción cutánea y la incisión del músculo.

5.º Hecha ya la punción, se pasa el tenotomo por encima ó por debajo del músculo que se va á dividir hasta algunos milímetros más allá del mismo. Para recorrer este trayecto, será prudente que la hoja se deslice de plano y con el filo mirando hacia el lado que esté más lejos de los vasos.

6.º Al deslizar el instrumento por debajo del músculo, es precaución esencial poner éste tirante para levantarlo y desprenderlo en cierto modo de los órganos profundos.

7.º Cuando el tenotomo está atravesado en la longitud del músculo, se le comunica un movimiento de rotación de un cuarto de círculo, de manera que el filo caiga perpendicularmente sobre el músculo de fuera á dentro ó viceversa.

8.º El instrumento debe obrar principalmente por presión, y serrando lo menos posible. Este precepto está fundado en la observación de que, cuando se corta por presión, sólo ceden las partes que están muy tirantes, y como los vasos resultan siempre flojos, de este modo deben escapar más fácilmente á la acción del tenotomo. Por esto es indispensable, al cortar, poner el músculo ó tendón todo lo más tirante posible, de manera que, por decirlo así, vengan por sí mismos á ofrecerse á la acción del instrumento. A medida que éste va obrando, se perciben chasquidos sucesivos que indican los progresos de la sección, y la falta súbita de resistencia seguida de la separación de los dos extremos del músculo, indican que la tenotomía queda terminada.