

del cloral; pero esto no quiere decir que en los casos de marcha lenta podamos abstenernos de toda intervención. El tratamiento médico por el opio, el cloral, la sudación, etc., está siempre indicado, y en cuanto al tratamiento quirúrgico, es evidente que los pocos casos afortunados que se registran inducirán á emplear la distensión con preferencia á la neurotomía y sobre todo á la amputación.

El singular y á veces instantáneo efecto de la distensión depende de la sacudida más ó menos transitoria que con ello ha sufrido el sistema nervioso, lo cual no nos autoriza para dar por segura la curación; en uno de mis enfermos del hospital Lariboisière he visto producirse este mismo resultado en cierto modo sorprendente por medio de las corrientes continuas. Este sujeto estaba materialmente en la agonía y en contractura tetánica todos los músculos respiratorios, estaba cianótico, cubierto de sudor frío y sin conocimiento. En el momento que se le aplicó una corriente ascendente de sesenta elementos sobre la columna vertebral, presencié un raro espectáculo: el enfermo practicó una amplia inspiración, que fué seguida de otras iguales, abrió los ojos, y sentándose en la cama y exhalando un profundo suspiro, exclamó: «gracias á Dios, ya resucito». En aquel momento no quedó ningún músculo en contractura, pero por la noche los síntomas tetánicos reaparecieron y á pesar de la electricidad, el enfermo murió cuarenta y ocho horas después.

También se ha aplicado la distensión al tratamiento de la *parálisis* tanto del movimiento como de la sensibilidad. Mac-Load no obtuvo ningún resultado estirando el cubital, pero Bouford fué más afortunado, siendo de notar en esta observación que la motilidad reapareció al día siguiente y la sensibilidad á los once días, á pesar de que se rompió el cubital y tuvo que ser suturado. Blun en un caso en que practicó la distensión del mediano y del radial, vió restablecerse por lo menos la sensibilidad.

No es posible juzgar del valor de esta operación en los casos de parálisis esencial; porque no tratándose de estar el nervio aprisionado en medio de un callo ó cicatriz no pueden preverse sus efectos; pero pueden practicarse sobre este particular nuevos ensayos, porque la operación en sí puede ofrecer ventajas sin tener inconvenientes de mayor cuantía.

En resumen, la distensión de los nervios es un medio que en ciertos casos puede prestarnos inmensos servicios. He apelado á este recurso en un enfermo cuyo nervio radial había sido herido por un perdigón ocasionándole atroces dolores en la mano y en el antebrazo y un principio de atrofia muscular. A beneficio de la distensión quedó el enfermo curado en pocos días, habiendo transcurrido ya tres años sin el menor accidente y recobrado los músculos su volumen y energía.

¡Cuánto se diferencia este medio de la neurotomía que, si bien habría podido curar el dolor habría sido sacrificando los movimientos! Siendo ambos medios eficaces en igual grado, nadie querrá hoy seccionar el plexio braquial si á beneficio de la distensión puede conseguir lo mismo sin comprometer las funciones del miembro.

ARTÍCULO IV

SUTURA DE LOS NERVIOS

Dominando en lo antiguo la idea de que las heridas de los nervios eran extremadamente peligrosas por la neuritis y tétanos consecutivos que podían ocasionar, nunca se pensó siquiera en la posibilidad de suturarlos una vez divididos. Prescindiendo del caso olvidado ya de Wurzius, reproducido por Kranssald, el primer ensayo de sutura de los nervios lo practicó Baudens, quien en 1836 practicó la reunión inmediata del mediano, del cubital, del músculo cutáneo y del braquial cutáneo interno. La sensibilidad no sólo se conservó sino que se exageró; pero en la observación nada se dice respecto de la motilidad. El enfermo murió al octavo día de hemorragia. La autopsia demostró que los nervios no habían conservado sus relaciones, si bien hay que tener en cuenta que Baudens apoyó los hilos únicamente en el tejido celular que rodea al nervio.

El primer caso de sutura directa corresponde á Nélaton, quien en 1863 suturó el mediano, viendo reaparecer la motilidad y la sensibilidad. En 1864, Laugier suturó igualmente con buen éxito el mediano. Verneuil y Richet imitaron estos ejemplos y desde este momento se repitieron en la cirugía extranjera. En lo sucesivo, han sido tan frecuentes estos ensayos que Walberg y Tillmans en dos interesantes Memorias han podido reunir 43 observaciones, á las cuales aún podríamos nosotros añadir algunas más.

La sutura de los nervios puede practicarse de dos maneras: indirecta y directa.

1.º *Sutura indirecta.*—A fin de conservar perfectamente íntegro el nervio y hasta de evitar su irritación por el hilo, la aguja no lo atraviesa sino que pasa y se apoya exclusivamente en el neurilema.

2.º *Sutura directa.*—En este caso la aguja atraviesa el nervio mismo, aproximando directamente los dos extremos. Si las dos superficies de sección son limpias, se puede proceder desde luego

á la sutura; si son irregulares, como sucede en las heridas por desgarró, con las tijeras se regularizan previamente los dos extremos. Con unas pinzas, pues, se coge con suavidad, y si es posible por su neurilema uno de los extremos del nervio y se le atraviesa en todo su espesor con la aguja á 5 milímetros de la superficie de sección. En la misma forma se coge el otro extremo y se le atraviesa con la aguja en sentido inverso para que correspondan á un mismo lado los dos cabos del hilo, que luego de anudados se cortan al nivel del nudo (A).

Cuando se trata de un nervio voluminoso, puede operarse de otro modo, que consiste en clavar oblicuamente la aguja haciéndola salir por la parte media de la superficie de sección, con lo cual la sutura comprende la mitad únicamente del grosor del nervio (B).

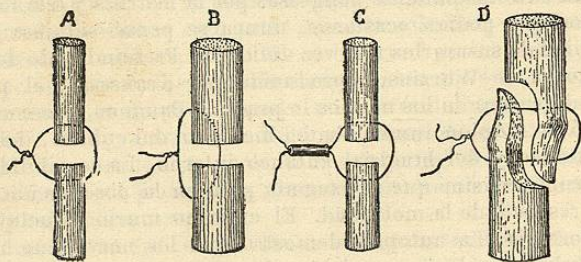


FIG. 123

Procedimiento de Nélaton.—Consiste en atravesar los dos extremos del nervio con un hilo metálico y en vez de anudar los dos cabos juntarlos por medio de un tubo de Galli (C).

Autoplastia nerviosa simple (Letiévánt).—Esta es aplicable á los casos en que los dos extremos del nervio dividido se han cicatrizado por separado y se hallan á cierta distancia uno de otro. «Si no es muy notable la separación, dice Letiévánt, se pone al descubierto cada uno de los extremos nerviosos cerca de su punto de terminación en el tejido cicatricial, y levantados con la sonda acanalada se les desprende de este tejido con las tijeras. Entonces se los coloca uno enfrente del otro y se los mantiene aproximados con un punto de sutura.» En el único caso en que Letiévánt practicó esta sutura, no dió resultado.

Autoplastia nerviosa á colgajo (Letiévánt).—Se atraviesa el nervio con el bisturí y se practica en él un ojal que, empezando á 5 milímetros por encima de la superficie de sección, se extiende 3 ó 4 cen-

tímetros más arriba. En la parte superior de este ojal se divide transversalmente uno de sus labios, con lo cual resulta un colgajo adherente á la extremidad del nervio que no ha sido dividida. Del otro extremo del nervio dividido se corta otro colgajo igual y los dos colgajos cortados se yuxtaponen y se reúnen por medio de un punto de sutura metálica (D).

Ingerito nervioso.—Consiste en unir el extremo inferior de un nervio importante que ha sido dividido y cuyo extremo superior no se encuentra con otro nervio menos importante que fué dividido igualmente por la herida que motiva la operación. En un caso en que del nervio mediano desgarrado en la parte media del brazo no se encontró más que su extremo inferior, Después disoció con unas pinzas los filetes del cubital, que había quedado intacto, pero sin cortar este nervio, é insinuó entre ellos las extremidades desgarradas del extremo inferior del mediano. Según parece, el resultado fué nulo.

Para esta operación, Wolberg concede grandísima importancia á la forma de la aguja, y después de haber estudiado en el microscopio los efectos que produce en el nervio una aguja ordinaria, ha ideado una en forma de sable, es decir, aplanada por los lados. No obstante, yo creo que puede usarse indiferentemente una aguja ordinaria, á condición de que no sea demasiado gruesa. La elección del hilo ya tiene más importancia. El hilo metálico una vez colocado es siempre algo difícil retirarlo, mayormente por hallarse después de algunos días la herida en parte cicatrizada, y no puede tener sino inconvenientes dejar así un cuerpo extraño en contacto con el nervio. Evitar este inconveniente es lo que se propuso Nélaton cuando colocó el hilo dentro de un tubo de Galli; pero aun así el simple esfuerzo que hay que hacer para retirar este hilo del fondo de una herida profunda, puede comprometer una reunión que no ha adquirido aún la suficiente solidez. Por esto se emplea preferentemente el catgut fino, que sin inconveniente puede quedar abandonado en la herida.

La sutura indirecta tiene de por sí la ventaja de irritar menos el nervio y de no comprometer tanto su vitalidad; pero tiene el inconveniente de ser menos sólida, porque es muy fácil que el hilo corte los tejidos cuando de ellos se comprende una capa muy delgada. Sin embargo, como las cosas deben juzgarse por sus resultados, diré que esta sutura se ha practicado ocho veces; tres por Langenbeck, Vogt y Hulke en el mediano y siempre con éxito; cuatro veces en el cubital por Hulke, Hueter y Kraussold (dos casos), de las cuales tres dieron buen resultado y la otra no; y por último Kraussold practicó una vez con buen éxito la sutura del mediano, del cubital y del radial. No hay para que hablar del pro-

cedimiento de Baudens, quien por exceso de precaución tan sólo cogía en la sutura el tejido celular inmediato al nervio, porque las autopsias han demostrado que esta sutura, como era de suponer, ni siquiera aproximaba los extremos del nervio seccionado.

La cuestión de los resultados de la sutura de los nervios va involucrada en otras todavía muy oscuras, como son: la regeneración de las fibras nerviosas, el modo de transmisión de la influencia nerviosa, la sensibilidad recurrente ó suplida, cuestiones que sería impropio discutir las en este Manual. Me limitaré, pues, á resumir los resultados clínicos.

Acabo de enumerar los casos en los cuales se ha empleado la sutura indirecta y hemos visto que sus resultados son bastante favorables para que al juzgarla no la distingamos gran cosa de la sutura directa. No obstante, creo conveniente separar de entre aquellos casos los de Albert, Després y Letiévant. Després ha practicado la intrincación del extremo inferior del mediano entre las fibras del radial sano. El resultado fué nulo.

Letiévant practicó secundariamente la sutura del mediano y del cubital por una herida antigua, y como las extremidades del nervio dividido estaban muy separadas, aplicó la autoplastia nerviosa á colgajo arriba descrita. Tampoco dió resultado.

Albert, después de la extirpación de un sarcoma que interesaba al mediano, practicó la sutura indirecta del nervio. Al año siguiente tuvo que repetirse la operación, y habiendo sido necesario extirpar gran parte del espesor del mediano, Albert llenó el vacío con un fragmento del nervio tibial tomado de la pierna de otro enfermo, al cual se le amputaba en aquel momento la pierna, fragmento que se suturó por cada extremo con el nervio mediano. Ninguna mejoría se notó en la inervación del miembro.

Dejando aparte estas tres observaciones, se registran en el día cincuenta y dos que se distribuyen del modo siguiente:

Diez y ocho suturas del mediano sólo han dado resultado á Nélaton, Richet, Notta, Chretien, Vogt, Tillaux (dos casos), Langenbeck, Schede, Verneuil, Hulke; cinco veces ha sido dudoso ó simplemente parcial el éxito, cuyos casos pertenecen á Laugier, Nélaton, Richelot, Hulke y Holden; y dos veces ha sido favorable á Nélaton y Verneuil.

El mediano y el cubital se han suturado seis veces: dos con buen resultado, König y Thiersch; una con éxito probable, Kölliker; dos con resultado dudoso, Letiévant y Labbé, y uno favorable, Labbé.

Kreussold suturó con éxito el mediano, el cubital y el radial; Simón, el mediano, el cubital y el braquial cutáneo interno.

El cubital ha sido suturado sólo diez y seis veces. Ocho con

buen resultado por Kreussold, Jessop, Tillmanns, Hulke, Ogston, Savory, Hueter y Verneuil; dos más con éxito probable ó parcial por Wilms y otro cirujano de Saint-Barthélemy; dos veces con éxito dudoso por Lister y Savory, y cuatro veces sin éxito por Benhardt, Letiévant, Verneuil y Kreussold.

El radial ha sido suturado con éxito cuatro veces por Esmarch, Busch (dos casos) y Langenbeck; sin éxito tres veces por Letiévant (dos casos) y Krönlein. Por último, el ciático ha sido suturado sin éxito por Langenbeck y el primero igualmente sin resultado por Jefremowsky.

En resumen, estos cincuenta y dos casos de sutura nerviosa han dado resultado cierto y completo veintisiete veces; probable, tres; parcial, incompleto ó dudoso, diez veces, y sólo once veces ha sido enteramente nulo el resultado. Esto á mi entender justifica sobradamente esta operación, afortunadamente introducida en la ciencia por los cirujanos franceses.

CAPITULO IV

DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LAS VENAS

La sangría me limitaré á mencionarla, porque es operación que pertenece de derecho á la cirugía menor (1). Las operaciones de

(1) Aunque el autor no habla de la sangría común ó sea de la flebotomía por considerarla operación pertinente á la cirugía menor, sin embargo, será útil decir de ella lo más interesante, no sólo por la importancia que tiene, si que también por la frecuencia con que se practica esta operación, y sobre todo siendo, como las más de las veces es, operación de urgencia. Esta circunstancia obliga á todo médico, no sólo á conocer con todas sus detalles y accidentes esta operación, sino hasta á poseer en su práctica cierta habilidad. El haberla en cierto modo descuidado abandonándola en todo caso á manos inexpertas, ha sido frecuentemente causa de los más graves y á veces irreparables accidentes.

La flebotomía tiene por objeto sacar una cantidad mayor ó menor de sangre de la circulación general.

Los preceptos que rigen las prácticas de esta operación están basados, por una parte, en las leyes de la circulación, y por otra, en las relaciones anatómicas de las venas sobre las cuales se quiere operar, y tienen por objeto la mayor seguridad, regularidad y prontitud de la operación, y evitar los peligros y accidentes que de ella pudieran resultar. Son nociones elementales que damos por conocidas.

Considerada en general la flebotomía, el instrumental en rigor se reduce á una lanceta y una venda ó cinta *constrictiva*. El apósito consta sencillamente de una compresa doblada, llamada *cabeza*, y una venda para sujetarla. Sin