Año 1908 N.º 1850

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

SOBRE ALGUNOS CASOS DE AUTOPLASTIA

DEL

ESCROTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO J. MEDUS

Ex-practicante mayor y menor interno del Hospital Español (1904-1905-1906-1907)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

SOBRE ALGUNOS CASOS DE AUTOPLASTIA

DEL

ESCROTO

Año 1908 N.° 1850

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

SOBRE ALGUNOS CASOS DE AUTOPLASTIA

DEL

ESCROTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO J. MEDUS

Ex-practicante mayor y menor interno del Hospital Español (1904-1905-1906-1907)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.)
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO 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 farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUSTO CARLE

DIRECTOR DEL HOSPITAL ESPAÑOL

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Á MIS TÍOS

CALIXTO GALATOIRE

Y

ANTONIA A. DE GALATOIRE

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Sin otra pretensión que cumplir una prescripción reglamentaria es que presento á vuestra consideración este modesto trabajo esperando de vuestra benevolencia, su aceptación.

El punto á tratar sino nada nuevo, no deja de presentar su interés dado lo poco común de las intervenciones en esa forma y en esa región.

Previamente creo conveniente hablar algo sobre autoplastias en general y describir los diferentes métodos operatorios para dar lugar después á la exposición de nuestros casos.

AUTOPLASTIAS

Autoplastias viene del griego y significa formación á expensas de sí mismo y bajo el punto de vista quirúrgico indica la reparación de un órgano ó parte de él, en el que la forma está alterada, con ayuda de algo sacado al sujeto mismo y hecho á expensas de las partes sanas ya sean éstas vecinas ó alejadas. Este concepto de la autoplastia muestra la diferencia de ésta con:

1.º La heteroplastia que repara también las deformidades orgánicas pero á expensas de un cuerpo extraño y de:

2.º La prótesis que corrige las deformidades y reemplaza las partes perdidas por piezas artificiales hechas de substancias inorgánicas.

Como son operaciones delicadas todas las que se refieren á las autoplastias no es extraño que la historia de esta operación sea larga y minuciosa y de ahí que pueda decirse que tenga dos orígenes: el

uno científico y es el de Celso, el cual fué el fundador del método por deslizamiento el cual con las modificaciones de Morestin es el que nos ha servido para practicar las operaciones que mencionaremos al final.

El otro empírico y es el que se refiere á la familia de los Branca los cuales se transmitían por herencia el secreto del procedimiento el cual una vez que fué á parar á manos de Tagliacozzi éste se encargó de propalarlo de tal modo que cuando murió le levantaron una estatua en el anfiteatro de Bolonia con una nariz en la mano como reconociendo su especialidad para rehacer narices.

Por otra parte era conocida y practicada por distintas tribus de las Indias y fué allí donde la aprendieron los ingleses y se encargaron de popularizarla por su lado.

INDICACIONES

La autoplastia es el método que la cirugía opone á las deformaciones por falta ó por exéresis.

Las deformidades son numerosas y variadas y desde largo tiempo se ha tentado su clasificación; así se han propuesto distintas formas:

1.º Por su origen se dividen en....	Deformaciones congénitas » adquiridas
2.º Por su causa y se dividen en...	» patológicas » traumáticas
3.º Por su sitio y se dividen en....	» superficiales » profundas
4.º Por el género de modificación sobrevenido en la forma.....	Estrechamientos Fístulas Retracciones Divisiones contra natura Adherencias id id

5.º Por el obstáculo llevado al uso de las partes desde el simple obstáculo hasta la abolición funcional y hasta la incompatibilidad con la vida.

6.º Por su curabilidad y se dividen en.....	Deformaciones por encima de los recursos del arte Deformaciones susceptibles de ser curadas, paliadas ó enmascaradas

Como se ve todas estas agrupaciones no dejan de ser complicadas y al mismo tiempo incompletas para lo cual Verneuil ideó una clasificación con la cual han desaparecido las distintas excepciones y cambios que había en la anterior; esta clasificación presenta además la ventaja de estar dividida de tal modo que á cada uno de sus grupos corresponde un método general operatorio.

La clasificación de Verneuil es como sigue:

1.º Deformaciones por síntesis..	Reuniones anormales
2.º » » dieresis..	Separaciones anormales
3.º » » exeresis..	Pérdida de substancia
4.º » » protesis ó exuberancia.....	Exceso de substancia
5.º Deformaciones por heterotaxis	Cambio de relación

En oposición á esto tiene cinco métodos generales operatorios diversos y son:

1.º Autoplastia por síntesis.....	Reunión de partes separadas
2.º » » dieresis.....	Separación de partes reunidas
3.º » » exéresis.....	Traída de partes nuevas
4.º » » protesis.....	Ablación de partes supérfluas
5.º » » anatais.....	Reemplazo á su lugar normal

Como se ve esta clasificación es muy amplia y hace desaparecer las distintas excepciones de los métodos anteriores.

Sin embargo creemos que un método simple y bastante completo es agrupar las indicaciones de la autoplastia bajo tres grupos generales y son:

1.º Como operación de estética.

2.º Como procedimiento operatorio para curar un sujeto.

3.º Como maniobra quirúrgica necesaria para acortar el tiempo de duración en las curación de ciertas heridas.

En el primer grupo está comprendida en primera fila la rino plastia que ha sido motivo de tantos procedimientos en vista de ser de las más antiguas de las practicadas, así como la eliminación de cicatrices ú otras deformidades.

En el segundo grupo están comprendidas la mayor parte de las operaciones que se practican y en él está comprendido el primer caso de nuestra tesis y operaciones tales como la bléfaroplastia y la queiloplastia las cuales eran consideradas en un principio como de órden estético y sin embargo, desde el momento en que al ojo le falta la protección necesaria que el párpado le presta, se deslustra la córnea y se úlcera, se presentan estafilomas y flegmasias conjuntivales y por último se desorganiza el globo ocular. Cumple pues, la bléfaroplastia no solamente como una operación de complacencia, sino también como un procedimiento quirúrgico de necesidad, lo mismo acontece con la pérdida de los labios lo cual ocasiona una sialorrea considerable, el catarro de la boca y ulceraciones muy rebeldes y de mala índole.

En cuanto á las indicaciones del tercer grupo

las autoplastias se disputan con los ingertos epidérmicos gran número de indicaciones de la práctica de la cirugía de la piel.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS EN LAS AUTOPLASTIAS

Es clásica ya la división de los procedimientos en la forma siguiente:

1.º Por deslizamiento, ó método francés, ó antiguo, ó de Celso.

2.º Por colgajo tomado á la distancia de la pérdida de substancia, ó método italiano, ó método italo-alemán.

3.º Por colgajo tomado en la vecindad de la pérdida de substancia ó método hindú ó indio.

La clasificación propuesta por Monod y Vanverts es la siguiente:

1.º El colgajo se saca en la vecindad de la brecha á llenar.

2.º El colgajo se saca á la distancia.

Cada uno de estos grupos puede á su vez subdividirse en dos subgrupos como sigue:

1.º A) El colgajo se saca en el contorno mismo de la pérdida de substancia, método francés.

B) El colgajo se hace hacia fuera de la pérdida de substancia pero en su vecindad inmediata, método indio.

2.º A) El colgajo queda fijado al lugar de origen por un pedículo que es ulteriormente seccionado, método italiano.

B) El colgajo completamente separado es transportado sobre la parte á reponer, (ingerto).

Pasaremos ahora á la descripción de cada uno de los métodos en particular.

MÉTODO DE CELSO Ó POR DESLIZAMIENTO

El más antiguo de los procedimientos es el de Celso ó sea el del deslizamiento, que ayudado ó no por incisiones liberadoras era el que primero se practicaba, pero el hecho de ponerse en voga el método italiano de Tagliacozzi lo hizo caer en olvido quedando relegado á las pequeñas operaciones para ayudar la cicatrización, fué Morestin quien lo ha puesto de nuevo en uso, ampliándolo por decir así y dando sus fundamentos en la siguiente forma: movilización amplia, locomoción de las partes blandas despegados sobre un espacio consíderable y dando un lugar muy accesorio á la talla de los colgajos.

En los grandes desprendimientos es donde este procedimiente demuestra su bondad porque si bien se pueden emplear los otros procedimientos es más fácil que este de buen resultado y sobre todo que achicando la superficie cruenta, hace más fácil la aplicación á posteriori de los otros.

Pero si siempre en algunas regiones es excelente en otras tiene sus contraindicaciones y así cuando Morestin habló de su procedimiento, sobretodo en las grandes pérdidas de substancias, se creía que no resultaría, pero este ha demostrado con casos muy elocuentes, la verdad de sus afirmaciones, asi en el Congreso Francés de Cirugia presentó varios casos, entre ellos uno en el cual recubrió de nuevo toda una nalga que había quedado al descubierto por la gangrena de la piel, á consecuencia de una inyección de suero, y para llevar á cabo esto, despegó la piel desde el reborde del ilíaco hasta 10 cts. sobre la pared del abdomen y á los 15 días estaba perfectamente cicatrizada.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Se separa la piel con su paniculo adiposo, rompiendo los tractos celulares que la unen á esta última; esto se hace á bisturí ó con tijeras, procurando seguir este plano siempre que se pueda, aunque no es grave falta ir sobre el panículo ó sobre la facia, pero nunca se debe ir sobre el dermis; hay que ir disecando poco á poco, modelando y midiendo. En cuanto al desprendimiento hay que hacerlo amplio; sin miedo; al principio Morestin no hacía más que 5 ó 6 ctms., pero en vista de los buenos resultados, ha llegado hasta 10 y 15 ctms. con idénticos resultados, lo que le ha dado la convicción de que vale mas un desprendimiento amplio para afrontar bien, que no uno chico que no da mas que un afrontamiento imperfecto y forzado de los labios de la herida.

Después de tener la piel bien mobilizada, hay que tener presente lo que es muy importante, y es que nunca se drenará demasiado y en las autoplas-

tias externas es uno de los factores más importantes del éxito.

La piel cubre bien, pero los pequeños restos de tegidos, los linfáticos, las cavidades celulares y los capilares sanguíneos rotos, dan lugar á la producción de un abundante exudado, al que hay que darle pronto salida.

Como complemento de esto se necesita además una compresión suave, y una posición conveniente á fin de evitar movimientos intempestivos que podrían hacer fracasar la operacion, pero para esto bastan los vendages de franela.

Se podría creer que por el hecho de la separación de los tegidos de sus conexiones vasculares, ruptura de pequeños troncos nerviosos, podrían sobrevenir disturbios tróficos en estos, que harían fracasar el éxito de la operación, por pérdida de elasticidad de la piel ó por adherencias viciosas, pero los resultados de la práctica se han encargado de demostrar que la hemorragia es muy pequeña y que basta una pequeña compresión para cohibirla; la serosidad que sale en abundancia los dos ó tres primeros días, desaparece en seguida y en cuanto al dolor, es como en cualquier otra intervención.

En cuanto á la vitalidad de los tegumentos, esta es inmejorable, si se ha producido esfacele, este ha sido marginal, muy limitado é incapaz de

comprometer el éxito de la operación, y siempre en mucho mejores condiciones que en los otros métodos de autoplastia, y esto se explica por la riqueza de anastomosis vasculares cutánea, porque el colgajo recibe irrigación de todo el circuito, mientras que en los otros solo recibe por el pedículo.

El peligro de los desprendimientos es cuando no hay asepsia, infección y estagnación de líquidos comprometen no sólo el éxito de la operación, sino también la vida del sugeto. Fuera de infección y supuración, la piel se conserva normal, guarda su sensibilidad y su movilidad, pudiendo hacer pliegues.

En resumen, con asepsia y no sobrepasando los límites, los grandes desprendimientos son superiores y de resultados inmejorables.

INDICACIONES

Por su inocuidad, su fácil técnica y sus resultados, debe ir adelante en las operaciones autoplásticas. El dispensa en ciertos casos el cortar colgajos, lo que es una gran ventaja, pues suprime la cuestión de la herida de donde se sacó el colgajo, reduce la extensión de las cicatrices, abrevia la operación y da un resultado estético mejor puesto que se ven, menos cicatrices, porqué no se está expuesto á los inconvenientes de los colgajos demasiado cortos ó demasiado largos y también á los disturbios tróficos que se observan á veces en los colgajos; en fin hay menos peligros de mortificación. Con tales ventajas debería ser un método de aplicación corriente, si su aplicación fuera fácil á todas las regiones, pero como ya lo he dicho anteriormente hay regiones en que no se puede aplicar. En el cuello, en la pared abdominal, en la región pectoro mamaria, en el escroto, sobretodo los tegumentos, son

muy movibles en cantidad excesiva puede decirse, para el estado normal, son verdaderas reservas cutaneas y de excelente piel, que se deja desprender, atraer y manipular á voluntad. La elasticidad de la piel del abdomen se ve, por ejemplo, en las oclusiones intestinales donde en poco rato se ve el aumento de volumen; son estas regiones las que se prestan y donde el desprendimiento se hace fácil rápido y bien, en cambio en la nalga y la región lumbosacra es mucho más restringido, en los miembros mucho más, lo mismo que en la cabeza donde las adherencias hacen difícil la movilización de los colgajos.

Este método no se aplica sinó de una manera muy restrigida en la cara, nuca, en los miembros, en el dorso, pero presta grandes servicios como adyuvante facilitando la técnica de los otros y contribuyendo á asegurar el resultado.

De manera que da grandes resultados con casi exclusión de los otros, en las heridas operatorias que resultan de la ablación de grande tumores, tuberculosis extendidas, en las heridas que resultan de flemones mal cuidados con eliminación de grandes territorios como tres casos de nuestra tesis y de una manera general para todas las operaciones reparadoras que deben completar las ablaciones y extirpaciones extendidas.

MÉTODO ITALIANO

Poncet debe sus éxitos á las modificaciones hechas al procedimiento de Tagliacozzi cuya aplicación era casi exclusiva á la rinoplastias en un principio y que hoy tiende á generalizarse más.

El procedimiento de Tagliacozzi consistía en un puente de piel tomado sobre el brazo, transformado al cabo de un tiempo en un colgajo flotante por la sección de su pedículo; la extremidad superior era fijada sobre el muñón nasal previamente avivado, porque esta adaptación del colgajo braquial á la cara no tenía lugar más que cuando era recubierto de cicatriz sobre toda la extensión de su cara cruenta; cuando se juzgaba que la fusión del colgajo con la piel de la cara era perfecta, se seccionaba el pedículo que la retenía al brazo y por operaciones complementarias y tratamientos apropiados se procuraba devolver á la nariz una forma más ó menos buena. En el siglo XVI estuvo en gran boga pero

cayó; había caído en olvido y hasta se dudaba de su éxito cuando Reneaume en 1719 lo puso de nuevo en uso y propuso de modificarlo haciendo en una vez las dos heridas lo que Tagliacozzi hacía con gran intervalo. Parece que Reneaume no hizo nada hasta que en 1817, Graefe, sin nombrar para nada á su predecesor publicó é hizo hacer por sus discípulos operaciones por este método que se llamó desde entonces alemán. Este cayó en desuso no obsrante los estuerzos de varios cirujanos alemanes hasta que en 1880 salió á relucir de nuevo con P. Berger á la cabeza y poniéndolo en boga con el nombre de método italiano modificado y desde entonces ha entrado de lleno en la práctica quirúrgica corriente.

Consiste en la transplantación de un colgajo tallado lejos de la superficie á recubrir avivado y se distingue del antiguo en que en este se esperaba la cicatrización de los bordes. Como el método italiano antiguo, éste necesita la inmobilización rigurosa y una solidaridad perfecta entre el colgajo y la superficie á recubrir durante el tiempo necesario para cortar el pedículo que une el colgajo á su lugar de origen; esta es la mayor de las desventajas del método italiano.

INDICACIONES Y MANUAL OPERATORIO

La de una pérdida de substancia rodeada de cicatrices en todas sus partes y que haya resistido á todos los tratamientos. En otros casos en que la cicatriz muy vulnerante sea un obstáculo para el desempeño del sujeto por estar sujeta á frotes, choques, etc., etc.

La imposibilidad de encontrar en los alrededores materia propia en cantidad suficiente para la reparación de la piel, forza á proceder á la autoplastia por la transplantación de un colgajo de una distancia alejada. Es esta indicación la que han buscado de satisfacer todos los cirujanos que han recurrido al método italiano modificado.

Pero la modificación nueva está destinada todavia á usarse en dos órdenes de circunstancias bien diferentes: corregir actitudes viciosas mantenidas por retracciones cicatriciales y en las restauraciones en la cara cuando la dirección de los colgajos tallados

en el rostro, añadidas las incisiones liberadoras agravaría las deformidades existentes.

Manual operatorio.—Hay que buscar una posición que se pueda tolerar fácilmente, pues doce días en ella es muy penosa para el paciente de manera que hay que buscar una muy adaptable, racional si es posible, á fin de que pueda ser soportada, y para nadie es un misterio que muchas autoplastias por este método han fracasado por no poderse obtener la inmovilidad á causa de la posición violenta dada al enfermo. Para practicar el avivamiento Poncet lo ha hecho á bisturí disecando completamente y también cureteando y cortando á bisturí solo los bordes, en la primera es más fácil de evitar la supuración causa del fracaso de muchas autoplastias, debe llevarse la disección hasta las partes sanas y sacando las fibrosas sobretodo cuando se trata de corregir posiciones viciosas por cicatriz.

El colgajo debe estar constituido por la piel con el tejido celulo-grasoso y solo en los bordes se puede recortar un poco la grasa siendo una grave falta de técnica el sacar la piel sola ó con muy poco tejido celulo-adiposo. En cuanto á la herida de donde se ha sacado el colgajo hay que suturar todo lo más posible.

La sutura del colgajo, Poncet la hacía con plata pero los trabajos ulteriores han demostrado que se puede con crin ó seda, con tal que sea aseptica, lo

esencial es que no tironee y que estén bien adaptados los bordes del colgajo.

Algunos han propuesto puntos profundos como puntos de colchonero pero no han dado resultados satisfactorios·

Luego viene la inmobilización rigurosa de las partes hasta el día en que se corta el pediculo; tratandose de posiciones fáciles los vendajes de franela bien asegurados han dado buen resultado, pero no siempre sirven y entonces es necesario recurrir al enyesado para lo cual lo mejor es el día antes, hacer goteras abiertas que se puedan sacar después de secas y que se adaptan bien á la posición á dar al miembro.

En las curaciones Poncet usa la gasa yodoformada que es muy buena para evitar la supuración, causa comunmente del tracaso de esta operación y lo que le evita el andar cambiando á menudo la curación; hay que poner el algodon de modo que la compresión sea uniforme·

La sección del pediculo Poncet la hacía en varios tiempos y con días de intervalo del octavo al deci motercer día de la operación pero experiencias ulteriores han demostrado que siempre que se pueda es mejor dejar más; 18, 19 y 20 días, pero si se nota que se pone tirante es necesario empezar á cortar y hasta cortar del todo y Berger tiene casos de haber cortado el pediculo completamente á los

nueve días sin que se haya necrosado y éste autor cree que es neeesario de 12 á 17 días, pero sobretodo fijándose como marcha. En cuanto á seccionarlo en varios tiempos como hace Poncet, Berger se opone y lo hace en uno, pues dice no tenerle fé al desarrollo de vasos y así evita dolores, movimientos y tironeos inutiles. En cuanto á la sensibilidad del colgajo, vuelve lentamente y ha habido casos de dos meses sin volver.

El resultado de la operación en la mayor parte de los casos ha sido excelente bajo el punto de vista de la restauración de la forma, del restablecimiento de las funciones y de la cura de ciertas enfermedades que sin la autoplastia se podrían considerar como incurables, siendo sus desventajas la minuciosidad y dificultad de la técnica operatoria, una elaboración larga del procedimiento á seguir, la inmobilidad rigurosa y penosa por su duración de donde la indicación de hacer la posición lo más cómoda posible.

METODO INDIO O HINDU

La caracteristica del método es la torsión del pediculo de un colgajo tallado en la vecindad de la brecha á llenar, esta torsión hace que este no pueda ser muy ancho y en consecuencia debe tallarse en una región bien irrigada porque sinó se necrosa.

Se toma como tipo de descripción de éste método el procedimiento de la restauración de la nariz, por medio de un colgajo frontal, triangular con vertice inferior y al cual se le hace sufrir una torsión á fin de que su base se dirija hacia abajo: Este ha sido el primero y el más generalizado de los casos en que se ha empleado este método, después ha sido empleado en la blefaroplastía y en la amputación de seno cuando el método por deslizamiento dá un resultado insuficiente ó combinando ambos lo que es más común. El prof. Le Dentú y P. Berjer han practicado por este procedimiento las llamadas

autoplastías en corbata y que consisten en traer colgajos de la espalda para reemplazar cicatrices del cuello cuyas bridas impedían el libre movimiento de este·

La parte más delicada é importante de este procedimiento es el modo de tallar el colgajo para esto se estudia bien la topografía del terreno, se busca una buena ubicación para el pediculo y se corta un molde del colgajo á tallarse aumentado de 1/4 á 1/5 para la retracción, con el molde se agranda ó se achica ó se corrige la posición según las circunstancias, luego se traza el colgajo con nitrato de plata y se procede á operar. El lecho donde va á ir el colgajo debe ser preparado de antemano procediendo á un raspado de la superficie y á una ablación de todo el tejido cicatricial á bisturí. Se evitarán las ligaduras pero sobretodo se tendrá cuidado de disecar el colgajo con el tejido celular, su paniculo adiposo y la capa laminosa no solamente á fin de asegurar su vitalidad sinó también para mejor reconstituir el tegumento normal. Será necesario no tomar en el colgajo tejido cicatricial. pues puede contraer nuevas adherencias y sobretodo faltarle elasticidad.

OBSERVACIONES CLINICAS

HOSPITAL ESPAÑOL — SERVICIO DE VIAS URINARIAS

Á CARGO DEL DR. JUSTO CARLÉ

Historia Clínia I

Bartolomé Roca, 51 años, argentino, casado. Laboulaye.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia, hábitos alcoholicos moderados, antecedentes específicos negativos.

Enfermedad actual.—Hace ocho días viajando en un sulky, tomó al través una zanja, en el barquinazo que dió el vehículo, saltó y luego cayó sobre el asiento tomando entre este y las asentaderas el escroto, sintió un dolor agudo en el momento, el cual desapareció al cabo de pocas horas; al día siguiente notó un pequeño bulto en la región de la uretra membranosa el cual fué aumentando progresivamente de tamaño, poniéndose todo el escroto liso, tumefacto y doloroso, dolor que fué

aumentando y lo obligó á guardar cama, con fiebre alta, delirio, y orinando con dificultad, lo que obligó á la familia á traerlo á Buenos Aires é ingresar en este servicio.

Estado actual.—7 de Agosto 1907.—Hombre blanco. Panículo adiposo muy desarrollado (118 kilos de peso) esqueleto bien conformado y talla atlética. Se presenta con 39°5 de temperatura, con 120 pulsaciones con pulso rápido y muy poco tenso, respiraciones aceleradas y superficiales, con hipo, facies pálida de razgos muy estirados y dando la impresión de un estado general grave.

Al descubrirse se nota el escroto enormemente aumentado de volumen, de tamaño un poco mayor que el de una cabeza de feto á término, liso, lustroso, coloreado de tintes variados que van desde el negro carbón de una escara central hasta el rosado de las ingles.

En el centro de esta tumefacción se nota una placa enorme de gangrena, aproximadamente circular, y como con 10 ctmts. de diámetro con prolongamientos en todas direcciones y rodeado de piel imflamada, sembrada de pequeñas burbujas llenas de un líquido turbio y de un olor pestilente.

Acompañando como ayudante al Dr. Carlé, inmediatamente procedimos previa cloroformización, ha hacer la antisepcia de la región y desprendi-

mos todo el tejido necrosado, lo cual nos dió por resultado el dejar la región en la forma siguiente:

La piel desprendida hasta el reborde de implantación de la bolsa escrotal, formando un ribete como de un centímetro á centímetro y medio todo alrededor; los testículos á ambos lados del tabique intertesticular y conservando la túnica fibrosa intacta y restos de la túnica celulosa y algunos hacesillos musculares completamente desorganizados. Introducido el dedo en el espacio intertesticular, se podía tocar el bulbo de la uretra y la porción membranosa de la misma completamente infiltrada.

Hecha una limpieza lo mas prolija posible, desprendiendo todas las partes esfaceladas y hecho un lavage abundante con solución de bicloruro al 0.50 por mil, cubrimos la brecha con gasas empapadas con agua esterilizada y dejamos hasta el día siguiente.

Hecho esto intentamos sondarlo con una Nelaton delgada, siéndonos imposible, dejándole la sonda hasta donde había llegado y á la espera de los acontecimientos. En la tarde de ese día una dermoclicis de 800 gramos, y constatamos 38° de temperatura y 110 pulsaciones. Esa noche el enfermo orinó solo, por lo cual se le sacó la sonda.

Al día siguiente se le cambió la curación, dándosele un lavaje de solución de bicloruro débil y extrayendo á pinza todas las piltrafas de tejido necrosado y cubriendo con gasa yodoformada.

Desde entonces curación diaria igual á las anteriores, hasta que el día 7 de Setiembre visto el estado satisfactorio, tanto general como local, procedimos á practicarle la autoplastia.

Operación.—7 de Setiembre 1907,—Previa antisepsia de la región desde el día antes, procedimos una vez cloroformado el enfermo á practicarla de nuevo y hecho esto, ayudando al Dr. Carlé, hicimos lo siguiente: Se tomó de cada lado el reborde de piel que quedaba y se fué disecando conjuntamente con el tejido celular subyacente á ambos costados hasta sobrepasar el pliegue genitocrural y llegando un poco sobre la cara interna de los muslos y hacia abajo hasta dos traveses de dedo por encima del orificio anal: hecho esto y previo desprendimiento del reborde superior, avivamos todo el contorno, procedimos á afrontar los bordes del colgajo y suturamos con puntos separados de crin en número de 21. Recordando el consejo de Morestin, horadamos la base del colgajo inferior como á dos traveces de dedo por encima del ano é introdujimos un tubo de drenage que llegaba á la altura de los cuerpos cavernosos y por el ángulo superior drenamos con gasa. Curación con gasa yodoformada.

A los tres días procedimos á sacar el tubo de drenage substituyéndolo con una puntita de gasa, pues dejaba salir muy poca serosidad.

En los primeros días la parte del colgajo que correspondía al mayor diámetro del nuevo escroto se puso tirante y lustrosa, haciéndonos temer por el éxito operatorio, pero la evolución ulterior se encargó de disipar nuestros temores.

A los ocho días vista la adherencia de los colgajos, procedimos á sacar los puntos de los extremos y así sucesivamente, hasta que á los catorce días de esta nueva operación, el enfermo abandona el Servicio completamente sano.

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DE VÍAS URINARIAS Á CARGO DEL DOCTOR JUSTO CARLÉ

Historia clínica II

A. M., 28 años, soltero, español, mozo de confitería, Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido blenorragia tres veces y orquitis doble una vez. Hábitos alcohólicos acentuados. Antecedentes específicos negativos.

Enfermedad actual.—Tenía una blenorragia crónica y dificultad para orinar, notando hace como 20 días la aparición de un tumorcito duro en la región de la uretra membranosa, el cual fué aumentando de tamaño, se hizo varios remedios caseros, cataplasmas, fomentos, etc., etc., y como aumentaran los dolores y el tumor, vió un médico el cual le hizo aplicar sobre el tumor una docena de san-

guijuelas, después de esto le supuró, se le cayó parte de la piel y por temor á mayores desastres, resuelve ingresar á este servicio.

Estado actual.—Hombre de muy escaso panículo adiposo, tinte pálido y terroso con cara de hombre que ha sufrido mucho.

A la inspección presenta en la parte inferior y posterior de las bolsas y en la parte anterior de la región perineal, una pérdida de substancia de forma elíptica, cuyo gran diámetro en dirección antero-posterior, mide unos ocho centímetros aproximadamente y el transverso unos seis centímetros. Los bordes son desiguales é indurados y dejando á los testículos recubiertos de su envoltura celulosa, hacer hernia separados por el tabique intertesticular.

Previa una serie de curaciones antísépticas diarias y mejorado notablemente el estado local, procedimos á operarlo.

Operación.—Noviembre 9/907. Previa antisepsia de la región, procedimos, ayudando al Dr. Carlé, á disecar los bordes de la herida en todo su contorno, disecando unos cuatro centímetros á cada lado en la parte superior pero en la parte inferior de la herida, es decir, en la parte anterior de la región perineal llevamos la disección más lejos. Avivamos los bordes, los afrontamos perfectamente y usamos puntos separados de crin. Drenage en el ángulo inferior durante cinco días.

A los ocho días se sacan los puntos y queda todo perfectamente cerrado menos una pequeña aberturita en el ángulo inferior donde había estado el tubo de drenage, la que se curó á los pocos días.

Noviembre 20. El enfermo sale de alta siguiendo su asistencia en el consultorio externo; el tratamiento para su uretritis crónica y estrechez consecutiva.

HOSPITAL ESPAÑOL

CONSULTORIO DE VÍAS URINARIAS

Historia clínica III

J. F., 23 años, soltero, empleado de tienda, español. Buenos Aíres.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido blenorragia varias veces y ha estado hospitalizado en este hospital donde se le abrió un absceso urinoso y se le hizo dilatacion gradual de la uretra por una estrechez que tenía, saliendo de alta á su pedido por tener que trabajar; desde entonces concurre al consultorio día por medio, donde se le hace curación aséptica de la herida y en vista de lo que tarda en cicatrizar, es que le proponemos esa pequeña intervención.

Estado actual.—Presenta en el ángulo diedro formado por la implantación de la bolsa escrotal y la región perineal anterior, una pérdida de substancia

ovalada como de 4 centímetros, con bordes indurados é inclinados hacia adentro, el fondo cubierto de granulaciones de cicatrización.

Operación.—Previa antisepsia de la región y anestesia local á la cocaina, procedimos á desprender todo el reborde de la herida en todo su contorno, disecando unos tres centímetros de cada lado. Avivamos los bordes y suturamos con crin á puntos separados. Pequeño drenage á la gasa yodoformada. A los ocho días se le extraen los puntos y queda perfectamente cerrado y se da de alta, el 15 de Octubre de 1907.

HOSPITAL RAWSON

SALA XI.—SERVICIO DEL DR. PRANDO, CAMA N.º 4

Historia clínica IV

E. B , 25 años, soltero, español, con dos años de residencia en el país, profesión mecánico.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No recuerda haber guardado cama nunca por enfermedad.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Trabajando el 4 de Junio en su ocupación habitual, fué tomado por una polea que le destrozó todas las ropas y causándole las diversas lesiones que pasamos á estudiar.

Enfermedad actual.—Sujeto de excelente constitución, robusto, presentando contusiones ligeras diseminadas por todo el cuerpo, luxación de la articulación escapulo-humeral derecha, fractura completa del antebrazo izquierdo, fractura de la quinta, sexta, séptima y octava costilla izquierda entre la línea mamilar y axilar anterior.

Además presenta un arrancamiento total del prepucio y bolsas, quedando de éstas, solo un pequeño colgajo de cuatro dedos de ancho á base perineal. La línea de desprendimiento es en el mismo límite donde las bolsas y el prepucio se continúan con la piel.

El estado general del enfermo es bueno y aparte de una ligera excitación, debida al traumatismo, no notamos nada alarmante.

Tratamiento.—Después de haberle tratado las lesiones que presenta y haciéndole una asepsia rigurosa bajo cloroformo se resuelve esperar para dar tiempo á que las partes mortificadas se limiten.

Día 27 de Junio. *Operación.* Se cloroformiza, los los testículos adheridos á la raíz de la verga son disgregados y descendidos.

Se diseca y debrida el colgajo de las bolsas que habia dejado el traumatismo y se reconstruyen las bolsas suturándola lateralmente á la piel vecina después de curetear los bordes. Sutura con crin.

La reconstrucción del prepucio se hace sacando un colgajo rectangular del muslo izquierdo para la parte inferior y otro de la pared abdominal lado derecho para la parte superior, suturando ambos colgajos con crin entre ellos y á la pequeña porción de prepucio respetada del pene.

En los días subsiguientes á la operación se hicieron curaciones diarias.

A los 4 días el colgajo del muslo estaba completamente alterado. El colgajo abdominal, en los bordes, hubo un pequeño esfacele. Las bolsas reconstruidas quedan perfectamente.

Agosto 15.—Cloroformo. Se opera nuevamente reconstruyendo la parte inferior del prepucio para lo cual se saca un colgajo del muslo derecho á base superior.

Esta nueva operación da un resultado completo y se continúan las curaciones diarias, cauterizando los bordes, etc., etc.

Setiembre 10.—El enfermo se encuentra bien, las heridas cicatrizadas y la erección se hace sin dolor ni deformidad, por retracción cicatricial. Las bolsas se han dilatado y parecen normales. El enfermo pide el alta.

Debo hacer constar aquí que esta historia se la debo á la amabilidad de mi ex-condicípulo, el Dr. Julio E. Marenco, á quien se lo agradezco debidamente.

Al terminar este modesto trabajo, quiero hacer constar mi agradecimiento al Dr. Justo Carlé, que me acompaña en este momento, y de cuya clínica salió el material de este.

Buenos Aires, Mayo 16 de 1908.

ALBERTO J. MEDUS

Buenos Aires, Mayo 16 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. Baldomero Sommer, al profesor titular Dr. Pedro Benedit y al profesor extraordinario Dr. M. Aberastury para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Canton
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Junio 3 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1850, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuáles son las causas más frecuentes de gangrena del escroto?

II

¿Situacíon anatómica del bulbo con relación á las bolsas?

III

En las pérdidas extensas de substancia del escroto, ¿qué puede suceder con relación al testículo, y qué indicaciones terapéuticas se presentan á su respecto?