

42-5

Tesis



para
El Doctorado de Medicina
Del tratamiento quirúrgico de las
Úlceras Vainosas de la Pierna

por
Don José Cadafalch Feiner
Ex-interno, pensionado (por oposición)
del Hospital de la Santa Cruz de
Barcelona

A la memoria

De mis Padres
De mis Parientes
A mis Maestros
A mis Amigos



-1-

Excelentísimo Señor = Señores.

Obligado por las disposiciones legales a dar ante ese ilustrado Tribunal, compuesto de hombres eminentes por su práctica y talento, una prueba de mi suficiencia para poder alcanzar la mas alta investidura en la Ciencia Médica, y pareciéndome en absoluto, de aptitudes literarias, para dar alguna ansiedad a este arduo y modestísimo trabajo, he de encomen-

darme ante mi frecuencia, a la benevolencia de quienes deben juzgarte, persuadido de que habran de fijarse principalmente en el interes cientifico del Tema que me proponga desarrollar, con preferencia a su forma literaria, no tan indispensable en mi humilde sentir en esta clase de trabajos cientificos.

Sin haber pisado puede decirse los umbrales de la Medicina, escasos en verdad mis conocimientos practicos. Terminados hace poco los estudios oficiales en la Facultad de

Barcelona y careciendo de la observación necesaria, he de acogerme á la indulgencia de esos dignísimos maestros al ofrecer á su examen este pobre trabajo fruto modestísimo de las escasas observaciones realizadas durante mi estancia en el internado del Hospital de San La Cruz de Barcelona, haciendo hincapié principalmente, en aquellos hechos clínicos, que llamaron poderosamente mi atención por su frecuencia por las molestias que desgraciadamente proporcionan á los individuos que las

sufren y por ser tan rebeldes, á todo tratamiento
 to. Me refiero al estudio de las Úlceras va-
ricosas, cuya importancia clínica no puede
 desconocerse, por las dificultades que natural-
 mente surgen á los más hábiles cirujanos
 en su tratamiento al proporcionar la curación
 radical de las varices, en la imposibilidad
 absoluta de renacer el sistema venoso de un
 miembro, resultando al fin que la curación
 radical de la úlcera varicosa constituye, po-
 demos decir, un bello ideal terapéutico, por mas

que la Anatomía y Patogenia de las úlce-
ras de las piernas principalmente, demues-
tran que teóricamente es posible modificar los
desórdenes nerviosos y circulatorios que son los
verdaderos orígenes de las úlceras varicosas.

Creo útil y necesario antes de exponer los
diferentes procedimientos operatorios, reseñar li-
geramente las diversas opiniones emitidas
respecto al origen de las úlceras varicosas y
exponer después, siguiendo un plan metódico
las diferentes operaciones quirúrgicas que

aconsejan los mas eminentes cirujanos, haciendo un paralelo entre cada una de las intervenciones mas en boga, indicando al mismo tiempo mi opinion modesta referente a cada uno de aquellos casos clinicos y añadiendo al finalizar cuantas observaciones he podido recoger durante el periodo de mi internado y en algunas de las Revistas que gozan de reputacion cientifica.

Definición y consideraciones patogénicas

Se da el nombre de úlcera a una pérdida de sustancia que en vez de evolucionar hacia a la curación tiende a persistir o a crecer.

Esta definición es propia de las úlceras de la pierna pero a este carácter esencial de permanencia y de acrecentamiento que diferencia de una úlcera de una herida ordinaria.

ria, es necesario añadir otro carácter particular que es de ir acompañadas de un estado varicoso del miembro inferior; sin embargo las varices constituyen una afección extremadamente frecuente y se encuentran en sujetos cuya profesión les exige la estación vertical prolongada como cocheros, tejedores, cocineros etc. La primera causa de las úlceras varicosas así como de las varices parece ser un trastorno general de la nutrición producido por una discracia, una diátesis hereditaria tal como

el herpetismo hereditario una predisposición
 hereditaria ^{2da} estonia venosa manifestada en los
 padres unas veces por varices de la pierna o
 tras por hemorroides y por varicostele. Los alco-
 loides del maiz cementado paralizan los cen-
 tros vaso motores, y la hiperemia neuro para-
 litica de las paredes de los vasos traeria apa-
 rejada la flebitis cronica, en ultimo resultado
 aplicando la formula de Quenée admitiendo
 que todas las condiciones susceptibles de de-
 terminan directa o indirectamente una mo-

dificacion en la estructura de la pared venosa puede ser causa de varices.

¿ Pero cual es la relacion patogenica que une la ulcera a la variz? ¿ Existe entre estos dos hechos anatomicos una relacion directa de causa o efecto? Si se tiene en cuenta el terreno hereditario del individuo, del estado varicoso de los miembros, no se pueden dar a las lesiones nerviosas una parte importante a la evolucion de las ulceras? conviene despues de haber resumido las diferen-

Las Teorías que tienden á explicar la forma-
cion de la úlcera varicosa de hacer resaltar
la parte de verdad que corresponde á cada
una de ellas; un primer punto ha de esla-
recerse, y es la desproporcion frecuente entre el
desarrollo de las varices y la produccion de
las úlceras varicosas, la clinica despues de lan-
go tiempo nos enseña este hecho: enfermos
atacados de varices, resaltando gruesos pelotones
varicosos no presentan señales de úlcera, en
cambio enfermos que no presentan sobre la

piel mas que finas arbolizaciones venosas, man-
chas pigmentadas sin gruesos pelotones aparentes
en ellas sin embargo se observan esas ulceras
anchas y profundas, esos engrosamientos duros
de la piel trastornos profundos que llegan
hasta el hueso cubriendolo de hiperostosis.

Este contraste indica a priori que ^{para} ver ul-
ceracion falta algo mas que las varices, este
punto de la patogenia no es del todo claro
a pesar de los trabajos recientes; un miembro
varicoso es un lugar de menor resistencia por

dos razones: primera las alteraciones de su régimen circulatorio segunda los trastornos de su innervación Trófica.

Alteraciones vasculares. Trastornos circulatorios. Los del sistema venoso tienen una innegable influencia reconocida hace mucho tiempo y consagrada por la denominación de úlceras venozas, pero las alteraciones venosas no son las únicas: después de los trabajos de Sorensen, King de Quénie y de Gilson la degeneración atromatosa de las arterias es frecuentemente

obstruccion y les corresponde como a las venas su parte de responsabilidad.

Los trastornos de insuficiencia valvular nos dan cuenta de un gran numero de hechos.

El exeso de presion que se produce en la cavidad interna insuficiente si el enfermo esta de pie o cuando hace esfuerzos se trasmite a las venas de la pierna y a los capilares. Pero esta presion viniendo igual o superior a la de los ramisculos arteriales de una nutricion insuficiente a la piel y al tejido muscular.

cular sub-cutáneo.

Frendelenburg insistió sobre otro hecho: en la vena safena interna la sangre que refluye a cada esfuerzo en vez de seguir una dirección centrípeta sigue una dirección centrifuga; por las anastomosis que unen el sistema venoso profundo se precipita a las venas tibiales o peroneas y es conducida sucesivamente a la vena femoral por la profunda, pero al nivel de la safena una parte de la sangre refuye en esta última y recorre el mismo círculo. Así se

forma un circuito venoso en el cual la san-
 gre pierde poco á poco sus cualidades nu-
 tritivas.

Para M. Delaie, los músculos por su acción
 sobre las venas con insuficiencia valvular se lan-
 zan la sangre de la profundidad á la pre-
 ferencia en el territorio de las papenas como
 un golpe de arriete y contribuyen así á la exa-
 geración de los trastornos nutritivos.

Pero esos trastornos arteriales no explican
 todos los casos; en realidad la nutrición de

los elementos anatómicos no tienen por única
condición la irrigación sanguínea; depende tam-
bien de la excitación nerviosa trófica. Las alter-
raciones tróficas del sistema nervioso, desempe-
ñan un papel desde ahora indiscutible para
explicar la patogenia de las úlceras varicosas
de la pierna. La prueba está fundada en dos
razones: primera por la observación clínica de
los hechos y segunda por los hechos anatomo-
patológicos.

Primera observación clínica de los hechos:

de 1812 Leville señala el enfriamiento de las
piernas atacadas de úlceras varicosas. En 1868
Anquilhon señala la disminución de la sensi-
bilidad del miembro ulcerado. Pero después
de los trabajos de M. Ferris la importancia
de los trastornos nerviosos para la determinación
de la naturaleza de la úlcera varicosa ha si-
do importante. M. Ferris ha hecho constar en
algunos casos la existencia, antes de la apa-
rición de la úlcera la piel ya aturada y en
otros al nivel de la úlcera, y después de su

ciatización. La sensibilidad térmica es la primera y la más constantemente atacada, hay retardo en la percepción del calor y error en la percepción del frío: un cuerpo frío parece caliente en zonas variables. La sensibilidad de dolor está frecuentemente alterada; hay retardo en la percepción, exageración en la localización, disminución de las sensaciones, algunas veces analgesia completa. La sensibilidad táctil parece resistir al proceso de ulceración; cuando está atacada es lentamente y en una región

limitada.

Hay tres clases de trastornos funcionales que responden a tres órdenes de alteraciones nerviosas: estos tres trastornos pueden coexistir al nivel de una misma úlcera: la zona anáestésica es entonces central, la anáestésica media, encontrándose los trastornos termicos al nivel de la zona periférica.

Por otro lado Gilroy y Gladd notan trastornos de percepción; en las inyecciones de pilocarpina no determinan los fenómenos de sudación

que se producen habitualmente en un miembro sano.

Segunda por su prueba anatomica: dicha prueba ha sido encontrada por los trabajos histológicos de Gombault y sobre todo de Luerni en 1882. A los trastornos nerviosos funcionales bien estudiados por los señores Ferrier y Sejourner corresponden, como ha dicho Broca « una verdadera neuritis y una neuritis no ascendente, que parte de la solución de continuidad por el proceder habitual »

El proceso Anatomopatológico de las lesiones nerviosas será según Guenié el siguiente: el primero consiste en un ligero aumento de volumen del nervio acompañado de una dilatación de las venillas que contiene, alrededor de estas venillas dilatadas se ve formarse un tejido conjuntivo que de peri-venoso que era no tarda en hacerse peri-fascicular, interponiéndose entre los haces primitivos y reparándolos en un periodo mas avanzado, el proceso de esclerosis que hasta entonces se mantenía en el exterior de los haces

primitivos los ataca, penetran en el Trabecculas fibrosas, formando manojos y lo disocian.

En resumen las venas de los nervios sufren la degeneración común, se dilatan volviéndose varicosas: estas varices de los nervios se acompañan de peri-flebitis crónica, paralelamente a la dilatación e inflamación de los vasos, la esclerosis progresa y de peri-fascicular que era se vuelve inter-fascicular. En total según la expresión de Forquess «la peri-flebitis acarrea la perineuritis».

La alteración de los nervios concluye Quémé

es un factor importante en la Patología de es-
 tas úlceras si los que el estado de la circulación
 venosa sea todo su aspecto y si se nos permite
 diremos su color local.

Esta concepción Trófica de la úlcera varicosa
 no elimina mucho la acción de las causas me-
 cánicas en general; circulación privada Traumatismo
 no repetidos, veinas alteraciones, o sea impiden
 la cicatrización de la úlcera. No únicamente lo
 que hemos dicho ayuda al aparato venoso ya
 a las alteraciones arteriales pues hemos de de

par al estado constitucional la parte que le corresponde.

Para resumir en pocas palabras esta Patología no podemos mas que citar á Gilron y Pinca que describen de esta manera las causas que coadyuvan á la aparición de las úlcera. Un mismo estado constitucional, el artritismo, procede á la vez á las lesiones venosas y á las nerviosas que pueden ser primitivas y que no serán siempre determinadas por las dilataciones varicosas; pero estas lesiones,

ayudándose las unas á las otras agravarán toda-
via el mal de arteria á vena, de vena á nervio
hay un cambio recíproco de alteraciones, y todo
juntamente concurre á hacer de la pierna un tejido
de menor resistencia y á convertirla en un teji-
do enfermizo, este tejido el menor traumatismo
se altera y viene á establecerse la úlcera.

Antes de examinar los diferentes proce-
dimientos operativos de las úlceras varicosas,
recordaremos una clasificación reciente de
M. Pemy.

Toda úlcera variciosa, dice este autor, descansa sobre una vena variciosa que se adhiere a' la piel y esta adherencia es comunmente anterior y anterior a' la ulceracion.

Las úlceras varicosas deben llevar el nombre de la vena sobre las cuales se han producido asi diremos: úlceras de la safena interna id de la safena externa y úlceras de las comunicantes.

El éxito de una operacion dependera del conocimiento de la vena enferma que entre-

Tiene el carácter de los botones ulcerados. La más frecuente de todas es la de la safena interna y asiento sobre la región antero-interna de la pierna: no se adhiere al tronco de la safena interna, comunmente á una vena secundaria, á una sola rama que se debería buscar.

La de la safena interna es más rara y asiento en la parte postero-externa: la adherencia de la úlcera se observa como por la safena interna, no sobre el tronco mismo de la safena externa, pero sí sobre una vena secun-

daria horizontal u oblicua.

En cuanto a las úlceras de las comunicantes pueden hallarse en todos los sitios donde las comunicantes directas e intramusculares siguen un curso superficial; pero las de las directas no son las mas frecuentes. Las úlceras comunicantes se confunden muchas veces con las de la safena interna. Una ligadura de la safena es en este caso seguro de seguro fracaso. Para nosotros la úlcera de las comunicantes la mas importante por ser la mas grave es la situa

de junto al maleolo interno. A este nivel se encuentran dos o tres comunicantes que envuelven las ramas terminales de la safena y a los troncos venosos de las Tibiales posteriores. A pesar de sus pequeñas dimensiones su apariencia insignificante tiene una importante gravedad. No es posible mejorarlas con una operación pues estas comunicantes son casi siempre múltiples y estas e' imposibles de disecarlas.

La úlcera anular sola no puede ser designada con el nombre de vena, pues se adhiere a

Todas a la vez: se halla en el Tercio inferior de la pierna, resulta de la fusión de numerosas úlceras indicando con esto que no existe una sana en el espesor del miembro.

Clasificación de los métodos

Una clasificación de los procedimientos operatorios propuestos para la curación de las úlceras varicosas, basada sobre las causas patogénicas, es decir un procedimiento basado únicamente sobre la circulación venosa o sobre la inervación. Y un procedimiento solamente para obtener la curación de la úlcera con la reparación directa de la región ulcerada por un tejido de nueva formación, es imposible establecer porque, en casos aislados

la curación ha sido observada después de una intervención no fundada sobre ninguno de los elementos principales, la intervención o la circulación, y en otros casos, al contrario, es imposible hacer lo que corresponde al uno o al otro de estos dos factores esenciales: el procedimiento de Polbeau (incisión circunferencial de la úlcera) o la aislación de la úlcera de los nervios mas o menos alterados y por la descongestión que ocasiona en el sistema venoso local.

Ai me parece preferible hacer la división

que a continuación expongo, división que si bien es poco científica no prejuzga en nada, al menos mismo de la curación.

1.^o Intervención al nivel de la úlcera.

2.^a Intervenciones a distancia.

El cuadro siguiente indica el orden que seguiremos para indicar los principales procedimientos operatorios de las úlceras de la pierna.

Intervenciones al nivel de la úlcera.

1.^a Incisión circunferencial (Fr. D. Dolbeau)

2.^a Método de escarificaciones (Fr. de Vidal.)

3.^a - Método de los injertos.

a - Injertos epidérmicos (Fr. Riverdin)

b - Injertos dermo-epidérmicos (P. de Ollivier) de Fiers.

c - Injertos cutáneos.

4.^a - Autoplastia (Fr. de Lencet).

Intervenciones á distancia

1.^a Ligaduras o resección de la safena interna.

2.^a Elongación de los nervios (Fr. Chipault)

3.^a Disociación fascicular del nervio ciático (Fr. Delbet)

4.^a Incisión circunferencial de la pielea (F. Moreschi)

Capítulo II.

Estudio histórico y analítico de los principales procedimientos operatorios

1.º Incisión circunferencial de la úlcera

En Enero de 1853, encontrándose delante de un hombre atacado de úlceras rebeldes a todo tratamiento situadas delante y hacia los lados de la pierna derecha, y con dolores intensos

misimos que le hacian predecir la amputación de la misma, un cirujano ingles, Gay, tuvo la idea de hacer una incision de 2, 5 pulgadas, alrededor de los bordes de la ulcera o' través de la piel sana y de la fascia siguiendo el eje de la pierna. A partir de este momento la ulcera empezó a cicatrizar y a los 15 dias la curacion se habia realizado.

Gay penso que las incisiones activas sobre las partes laterales por resbalamiento de los tejidos enfermos, favorecia la cicatrizacion,

y estaba convencido que la curación no podía verificarse si estos tejidos eran capaces de no ceder a la atracción de la cicatriz y si la piel estaba inmobilizada sobre las partes subyacentes por la infiltración plástica.

Desde 1862 este método fue practicado pero con algunas modificaciones por Dolbeau en el Hospital de San Luis.

A las incisiones laterales de Gay este cirujano hacia una incisión circunscribiendo la úlcera: hacia con el bisturí y sin anestesia.

prevenida una incisión distante de los límites de la úlcera de 2.5 centímetros a 3 que comprendía la piel, el tejido celular sub-cutáneo y la fascia superficial dejando escapar un poco de sangre de los labios de la incisión, y aplicaba un vendaje.

Lo que sucede después de la operación es lo siguiente: Al segundo día empieza la retracción, los labios de la incisión se separan el uno del otro pues la herida que antes estaba privada de elementos nutritivos, comienza a cu

brirse de numerosos mamelones carnosos, la úlcera disminuye rápidamente de extensión y la cicatrización es completa a los 2 o 3 meses.

Pero por la incisión circunferencial de Colbeau no se verifica el resbalamiento de la piel como indicio Gay, mas que por una acción sumamente compleja; la estancación de sangre venosa en las venas varicosas juega un gran papel en la producción de la úlcera; ya producida la úlcera, esta estancación determina un estado sub-inflamatorio en los tejidos enfer-

mos dificultando la Tendencia á la cicatrización por dificultad en la nutrición. La incisión circunferencial cierra la úlcera de las otras partes enfermas, la restaa de la inflamación de las varices por una barrera y la obliga á crearse una circulación suplementaria mas jóven, mas activa y mas profunda.

La incisión circunferencial obra tambien por acción irritativa: en efecto las incisiones practicadas en los Tejidos sanos á 2 centímetros de la úlcera, no tardan en recubrirse de misma

lones carnosos; estos fenomenos, resultan de un Tra-
bajo irritativo que se deja sentir probablemente
alrededor mismo de la ulcera y de aqui que
el trabajo de cicatrizacion se verifique.

En 1844. Gusbaum quiso para sí, el ho-
nor del descubrimiento de la incision circunfe-
rencial; desde 1839, dice, he tratado de esa ma-
nera mas de 60 casos de ulceras varicosas y
he obtenido los mejores resultados.

Taure aconseja practicar dos incisiones cur-
vas que circunscriben la ulcera con una par-

De los tejidos enfermos que interesan los segmentos en todo su espesor, se reúnen por sus extremidades y se disecan los bordes.

El proceder de Dolbeau fue también modificado por Hodgden quien en vez de hacer una incisión única hace alrededor de la úlcera incisiones separadas, pudiéndose comparar el esquema a un diafragma en vis; estas incisiones deben interesar la piel y todo el espesor de las capas sub-cutáneas; inmediatamente se interpone entre sus bordes un tapón

de gasa aséptica que produce la hemostasia e impide la reunión por primera intención; después de esta intervención puede producirse rápidamente la cicatrización de los cortes circunferenciales y de la úlcera. Estas incisiones obran permitiendo al tejido inflamado que rodea a la úlcera callosa que se acerca al centro común como si se practicara una antiplastia por desligamiento; al mismo tiempo modifican las callosidades por la irritación mecánica que producen. Suprimen así mismo la presión

venosa interceptando las venas y no dejando llegar a la úlcera mas que el riego profundo. Segun los partidarios de la teoria newtoniana las incisiones realizan una neurotonia de los filamentos nerviosos que terminan con la úlcera.

Numerosas objeciones fueron en seguida hechas a este procedimiento siendo la intervencion abandonada por muchos; sin embargo hubieron muchos que continuaron este tratamiento obteniendo buenos resultados.

Un método muy reciente de Wallis seo-

mudadado en Enero de 1898 por este cirujano
 a la Sociedad Clinica de Londres se diferencia
 poco del proceder nombrado, con la diferencia
 que el método de Dolbeau es esencialmente con-
 servador, el de Wallis es lo contrario, consistien-
 do en hacer por encima y por debajo de la
 úlcera dos incisiones longitudinales que pene-
 tran hasta el periosteo, se separa el fondo de
 la úlcera de la capa profunda y se suturan
 los bordes.

Escarificaciones.

Galien aconseja cortar los bordes de la úlcera tantas veces como estén duros y descoloridos. Este procedimiento no es nuevo. En 1580, Ambrosio Pare se declara partidario de esta intervención y añade que si las callosidades están tan duras que los remedios no puedan hacer sus efectos, se hacia primeramente la escarificación de toda la úlcera, aplicando despues las sustancias medicamentosas. La acción específica de la intervención es ante-

rior á Paré quien no reconoce en este método mas que una acción que es la de favorecer el resultado del medicamento.

Mas Parde Benjamin Bell, cirujano de Edimburgo reconoce la necesidad de hacer uso del bisturi para hacer desaparecer las callosidades de los Tejidos ulcerados, siendo imposible obtener la curación mientras existan dichas callosidades.

M. Lallemand emplea las incisiones en las úlceras callosas como medio de desbridamiento

de los bordes por considerar la resistencia que crea un obstáculo á la cicatrización. Las escarificaciones pueden ser consideradas como modificadoras de la Vitalidad propia de la úlcera. Esta consideración pasó desapercibida y las escarificaciones fueron consideradas por largo tiempo como favorecedoras únicamente de la acción medicamentosa.

Pertenece á Vidal el honor de generalizar este método curativo, rindiendo á la Medicina práctica un gran servicio. El escarificador

que usa es el de su nombre, que consiste en una hoja estrecha de $2\frac{1}{2}$ cm. de longitud por $2\frac{1}{2}$ m de ancho, cuya hoja termina en una punta triangular de dos filos los cuales se reúnen en un ángulo de 55° .

La manera como Vidal verifica las escarificaciones es la siguiente: hace incisiones paralelas tan cerca como es posible las unas de las otras, las cruza inmediatamente por otras oblicuas y finalmente si es insuficiente, otras que cruzan las primeras perpendicularmente.

Esta descripción corresponde en realidad al Lupus pero ha sido empleado diferentes veces por mi autor en la úlcera varicosa.

Las escarificaciones o mejor las incisiones cruzadas en todos sentidos, no se hacen únicamente sobre la parte ulcerada sino también sobre las partes sanas de 2 o 3 centímetros siguiendo la induración de los bordes: las incisiones no deben en profundidad pasar del dermis.

La anastenia general es inútil siendo suficiente la pulverización de Cloruro de Etido,

Este método ha dado excelentes resultados, y
ha sido empleado por la mayor parte de ciru-
janos.



Método de los injertos.

Este método es mucho mas reciente que los dos anteriores y parece que á los antiguos se les ocurrió estas trasplantaciones de hombre á hombre ó de animal á hombre, idea que desde que se ha puesto en práctica se ha visto favorecida por los progresos de la asepsia.

a y
Injertos epidérmicos: Reverdin de Ginebra

es a quien corresponde el honor de este descubrimiento siendo interno del hospital encontrándose en presencia de una quemadura que se oponía a la cicatrización se le acudió la idea de recubrirlo con una capa epidérmica reparada de otra parte del cuerpo. La curación fue rápida.

Este Tratamiento se fue generalizando y se aplicó al Tratamiento de la úlcera varicosa.

Reverdin describe este método del modo siguiente: Aplicó la piel sobre la cara plana de la tibia e introdujo la punta de una

Lanceta un poco larga paralelamente al hue-
ro y a una pequeña profundidad (medio cen-
tímetro) hago correr la lanceta, en esta direc-
ción paralela, la distancia que creo convenien-
te. Aplico mi lanceta con su injerto sobre
los mamelones carnosos que quiero cubrir y
lo aprieto sobre ellos con la punta de la
espatula.

El injerto que actualmente y con mas
frecuencia se emplea es el de la cara interna
de la nalga; el instrumento empleado es la

navaja.

16. ⁴ Injerto dermo-epidérmico. - Reverdin no tomaba de la piel mas que su capa epidérmica pero este proceder fue pronto modificado por Ollier que es quien hizo el 1^{er} injerto dermo-epidérmico.

Poucet sigue á Ollier por este camino, pero es Chiérsch quien con sus modificaciones permite que este tratamiento sea aplicado á las úlceras varicosas; esta modificación no corresponde al injerto sino sobre la parte

de sustancia que este injerto ha de cubrir.

Este procedimiento comprende tres tiempos: La preparacion de la ulcera, y de la region que se ha de extraer el injerto, y la aplicacion del mismo. El 1^{er} tiempo consiste esencialmente en la desinfeccion completa de la ulcera, la aplicacion de formentos apropiados, durante algunos dias dara' este resultado: si existen al nivel de la ulcera mamelones escuberan-
tes se cortan con la cuchilla o con el bisturi: al contrario si la ulcera no tiene

Tendencia a la cicatrización serán ensayadas cicatrizaciones superficiales con nitrato de plata para excitar su vitalidad. El 2º tiempo consiste en preparar la región que se ha de extraer el injerto y para ello se aprovecha algún miembro que se va a desarticular y en el cual se haya aplicado la esquema.

La piel donde se saca el injerto debe lavarse bien con agua jabonosa y después con una disolución antiséptica. Se saca después el injerto de la misma manera que River-

derm pero con la diferencia que en este procedimiento la navaja ha de pasar por en medio del dermis; el injerto comprenderá el epidermis y la mitad del dermis. Antes de su aplicación se lava el injerto con agua salada. Esto se aplica sobre la úlcera y se cubre toda ella con el protectivo, el cual debe fijarse con tiras de aglutinante aplicando gasa fenicada y un retentivo como en la cura de Lister. El injerto cutáneo se difiere del anterior por su espesor que

comprende toda la piel: se prepara la úlcera como en el caso anterior. Con la punta del bisturí se sacan pequeños colgajos que se disecan del tejido celular subcutáneo; se aplican en seguida sobre la úlcera. Vendaje aséptico.

Autoplastia

La autoplastia es un método que se remonta a la antigüedad pero su empleo en el tratamiento de las úlceras varicosas es muy reciente, pareciendo ser Hofmohl y Wienne los primeros que la aplicaron y seguidos por Poncet y Berger en 1888.

Los diferentes tiempos que tienen esta operación son los siguientes:

a) Anivamiento de la úlcera.

6/ Diseccion del colgajo: puede pertenecer al mismo enfermo o bien a otro que represente y debe ser un Tercio mas grande que la ulcera que ha de recubrir.

7/ La reunion sutura en los bordes de la herida.
8/ Apósito con gasa aséptica.

Ligadura o resección de la safena interna.

Esta intervención es la mas antigua de todas, desde la antigüedad, fue puesta en práctica para la curación radical de las varices, y el primer caso nos lo refiere Plu- Tarque.

Celso describe la extirpación y dice, por partidario de la misma.

Mas Parde Laré describe tambien esta operación mostrándose partidario de ella.

Dionisio dice que se lleva a cabo de la

manera siguiente: Una vez descubierta la parte varicosa de la vena, por encima y debajo de la variz se pasa una aguja con su correspondiente hilo verificándose dos ligaduras; una vez hecho esto o únicamente se corta la vena o bien se la diceca reparándola del cuerpo.

Fue mas tarde practicada por L. Petit en Francia y por Everard Home en 1799. empleándola el primero en la curación radical de las úlceras varicosas.

Richterand y Boyer encontraron un buen recurso en este método que fue seguido de brillantes resultados. Pero pronto cayó en desuso á causa de los accidentes sépticos: flebitis infecciones purulentas etc, que á menudo sobrevinían.

Con el nacimiento del método antiséptico la ligadura de la safena volvió á emplearse siendo grandes los servicios que ha prestado.

En 1890, Trendelenburg dio á la pu-

blidad una memoria titulada: De la ligadura de la gran vena safena en el Tratamiento de las varices de la pierna. Desde aquel momento este modo operatorio ha sido designado con el nombre de procedimiento de Ferrel-Delembury.

Picard verifica en seguida esta ligadura para el tratamiento de las úlceras varicosas publicándose su resultado en 1894.

Existen dos procedimientos para llevarla a cabo.

El primer procedimiento perfeccionado por Mor-
 tas de Grenoble está actualmente abandonado.
 Con ayuda de una aguja curva se hace pasar
 á través de la piel y por debajo de la vena
 un hilo que atándose comprende los capros;
 el vaso, tejido celular y piel.

El segundo de Trendelenbury comprende cin-
 co tiempos: la preventiva aplicación de una li-
 gadura circular en la raíz del miembro sobre
 el cual se va á operar no está comprendido
 en ningun tiempo de la operación.

1^{er} tiempo: Incisión cutánea encima del vaso de longitud variable según la cantidad de vena que se reseque.

2^o tiempo: Separación de la vena con la sonda acanalada.

3^{er} tiempo: Hacer dos ligaduras sobre la vena empezando por la superior.

4^o tiempo: Separar de dos tijeretas la parte de la vena comprendida entre las ligaduras.

5^o tiempo: Sutura de los labios de la herida.

Elongación del nervio.

En 1894 el Dto Chipault tuvo la idea de ensayar para tratar un mal perforante plantar la elongación de los nervios correspondientes a la región enferma. En Septiembre de 1895 publicó en la revista médica cinco observaciones de dicho mal tratado y curado por la elongación de los nervios.

La importancia de los trastornos profusos observados en las úlceras varicosas se hizo en

seguiría emplear este método como Tratamiento.
De esta afección y en una comunicación
presentada a la Sociedad de Biología el
4 de Marzo de 1899 señala tres casos de
curación.

Los efectos fisiológicos de la elongación
de los nervios eran bien conocidos antes que
Chippault hubiere preconizado esta intervención
pues los trabajos de Hartess y Haber habían
ya señalado los fenómenos producidos en el ter-
ritorio de un nervio elongado.

La intervención propiamente dicha comprende tres tiempos principales: descubrir el nervio, elongación del mismo y tratamiento de la úlcera.

Antes de descubrirlos conviene hacer las consideraciones siguientes:

1^a La elongación debe hacerse sobre un nervio sensitivo o bien mixto y siempre en el del territorio lesionado. La topografía nerviosa de la pierna comprende dos grandes territorios: el del safeno interno, rama terminal del crural ocupando la parte interna

de la pierna y del cutáneo pequeño, rama del
ciático popliteo externo situado en la cara
externa. Estos dos Territorios se juntan por
delante durante casi todo su recorrido: en
el Tercio inferior de la pierna son separa-
dos uno del otro por la porción más ele-
vada del nudo cutáneo que avanza en
ellos dos a manera de una cinta. Por
detrás son separados en toda la extensión de
la pierna por una parte inervada por las
ramas terminales del pequeño ciático y

del safeno externo.

Estas consideraciones anatómicas nos indican sobre que nervio había de hacerse la elongación, el mas indicado será el safeno interno pues el sitio mas habitual de las úlceras varicosas es la parte inferior de la cara antero-interna de la pierna.

2.^o Si el territorio de la úlcera depende de dos inervaciones, habrá que hacer dos elongaciones.

3.^o La elongación no se hará ni cerca

su lejos de la ulcera.

El primer tiempo de la operacion consiste en descubrir el nervio: es evidente que el manual operatorio sera diferente para cada nervio. Por ser el mas frecuente el safeno interno describiremos la manera de descubrirlo.

El borde externo del partorio se toma como punto de referencia: un poco por delante de este borde se hace una incision de seis centimetros descendiendo su extremidad inferior hasta

el cuarto inferior del muslo: se incinde la vaina del sartorio y se mantiene separado con la ayuda de un instrumento curvo y obtuso: se percibe entonces una lamina aponeurotica deprimida en un punto que corresponde al sitio que separa al vasto interno del abductor largo; penetrando en este punto se hallará el nervio que acompaña al tendón del tercer abductor.

Descubierto el nervio se aisla practicándose el pequeño tiempo de la operación: la lante

gación. Esta será hecha lentamente y con precauciones y contracciones ejercidas sobre su porción periférica. Las Tracciones verificadas, el nervio será colocado en su sitio y suturada la herida.

Se pasa inmediatamente al Tercer tiempo; la incisión de la úlcera y la sutura de los labios de la herida, o bien si la úlcera está en muy malas condiciones se emplea el método de los injertos.

Disociación fascicular del nervio ciático.

Este método llamado neuro-thermia ó rastillos es reciente y su origen es el siguiente. Después de la comunicación de Kener al Congreso de Cirujía de 1892 numerosos cirujanos empezaron á tratar la ciática rebelde de varices por la ligadura de las venas y la resección de varices peri-nerviosas al nivel de la escutadura ciática. Entonces 1895 Delagenieri aplicando el procedimiento se encontró en presencia de un nervio alrededor del cual existían

varices voluminosas capaces de ejercer compresión,
pero en el espesor del mismo pudo ver peque-
ñas dilataciones variadas, disoció entonces los
vasos del nervio con una pinza hemostática
destruyendo esas pequeñas varices intrafacien-
lares y la curación fue el resultado de esta
intervención.

En 1896 Gerard Marchand tuvo un
caso idéntico.

El método fue enseguida aplicado á
la curación de las úlceras variadas y sus re-

resultados fueron llevados a la sociedad de biología en 1899.

El manual operatorio comprende dos tiempos principales: descubrir el nervio y su disociación.

El enfermo estando tumbado sobre el vientro se toma, como punto de referencia el equión y a' dos traveses de dedo por fuera de él, y paralelamente al eje del miembro se hace una incisión de 5 cm. La extremidad inferior de la incisión llega sobre la

cara posterior del glúteo mayor a 2 cm alrededor de sí. Se corta la piel el tejido celular sub-cutáneo la aponeurosis se lleva a la parte superior, al glúteo mayor y llegando al borde interno del tendón del biceps e inmediatamente por debajo se encuentra el tronco del piático que se separa hacia fuera.

La disección se hace con la sonda acanalada que se hace mover en sentido de la longitud del nervio.

Incisión circunferencial de la pierna.

Más comúnmente designado con el nombre de Moreschi esta intervención es de todas las más reciente.

Segun Moreschi la curación verdadera, curación radical de las varices debe responder a 3 consideraciones.

1.^a Interrumpir y dividir la columna sanguínea que por su peso distiende las paredes venosas y las altera.

2.^a Obligar a la sangre a volver por las colaterales donde ella ha estado momentaneamente de paro.

3.^a Obtener la retracción de las venas y al mismo tiempo su obliteración.

El acto operatorio comprende los tiempos siguientes:

1.^o Despues de Cloroformizar el enfermo y puesta la venda elástica, se hace a 4 cm o lo menos por encima de los límites superiores de la úlcera una incisión circular. Se separan los labios de la incisión cutánea se buscan

las venas y se las incinde entre dos ligaduras
o dos pinzas. Se incinde en seguida el teji-
do hasta la aponeurosis desmenuándose en
una grande extensión por el raspado. Esta de-
menuación es un tiempo muy importante pues
destruye las venas comunicantes e interrumpe
a este nivel el paso entre los dos sistemas
de las arterias y de las venas profundas.

Se suturan los labios de la herida con
algunos puntos. Morestin prefiere sin embar-
go la reunión por segunda intención que

una cicatrización mas lenta, y hace mas difícil el restablecimiento de la circulación.

2.º Se practica enseguida y cerca de un centimetro por encima de los malleolos una segunda incisión que llega hasta la aponeurosis la que habia tambien de demudarse en una cierta extensión. La demudación de la aponeurosis permite aqui, en los sujetos frescos el ver por trasparencia las venas profundas pudiendose entonces pinzar y resecar los diversos botones varicosos, se dan enseguida

unos cuantos puntos de sutura para lograr
la cicatriz de la herida por primera intencion.

En el Tercer tiempo, se limpia bien la ulcera
practicandose injertos de membranas epidermicas si la
ulcera es muy torpida.

Se han hecho objeciones a este proce-
dimiento diciendo que solo ataca a los vasos
superficiales pero no resulta asi, pues con la
incision inferior se ve a traves de la aponeu-
rosis las venas tibiales anteriores y posteriores,
y las peroneas de las cuales segun los casos, se

ligará o se resecará la que el cirujano crea
mas conveniente.

Marcanti lo modificó en seguida supri-
miendo la incision submatedal dar; no hace mas
que una incision unica un poco por encima
del limite superior de la ulcera y con la
misma tecnica que Moretti.

En 1900 Vice de Bruselas indica
un inconveniente al método de Moretti; pues
dice que la parte superior del musto hace
permitir un circulo vicioso. La ausencia o la

insuficiencia de las válvulas en la parte superior de la safena hace que una parte de la sangre conducida por la femoral refuya por la safena de donde la posibilidad de nuevos trastornos nutritivos. Para obrar este estado de cosas, dice, se puede completar el procedimiento de Mareshi por la ligadura de la safena al nivel de su anastomosis.

Para evitar los efectos de una gran retracción cicatricial, Paul Delbet aporta en seguida al método la modificación siguiente:

haza por delante del miembro una incisión semi-circular y una segunda parecida por detrás; se une una segunda estas dos semicircunferencias por una línea en forma de V.

El método de Reclus no difiere del de Marcani mas que por el sitio de la incisión; en vez de hazar a uno o dos centímetros por encima de los límites de la pitiera la incisión la hazo al nivel del hueso pterigo.

En el Boletín de la Sociedad de Cirujía de Junio de 1903 el Dr. Brault ha-

se conocer una última modificación en el método de Mareschi: con el fin de obtener una cicatriz menos aparente y que constituya menos, hace un incisión en heradura posterior interna y reune inmediatamente la incisión, parte de la cara interna de la tibia y se dirige de delante atrás: encierre esta incisión las tres cuartas partes de la circunferencia del miembro y permite modificar todos los grupos venosos importantes lo mismo que los nervios superficiales.

Con el fin de modificar mas facilmente
de todos los nervios cutáneos y el grupo pos-
terior de las venas, invade no solamente los
tegmentos si que tambien la aponeurosis de
envoltura.

Capítulo III.

Estudio crítico é indicaciones

1.^o

Estudio crítico

1.^o Incisión circunferencial de la úlcera

Esta intervención parece irracional y lo ha-
ce creer que si mas de la úlcera rebelde se
abre una nueva herida en tejido de dudosa
vitalidad que se hace con el fin de curar
la primera: sin embargo los efectos obtenidos

por Dalbeau dicen todo lo contrario contra este método sin embargo decir que resulta una operación sangrienta, dolorosa y expuesta a complicaciones de la herida, y a la flebitis, contra todo esto, el profesor Verger dice que jamás ha observado casos de flebitis a consecuencia de incisiones circunferenciales, que resulta poco peligrosa la sección de las venas varicosas, la operación es poco dolorosa, pues la piel que hay alrededor de las úlceras varicosas presenta disminución de la sensibilidad.

Una objeción muy importante es la, de la hemorragia que determina, lo cual, un gran número de observaciones lo han demostrado.

2.º Escarificaciones.

La objeción principal que se puede hacer en este método es que no disminuye notablemente la duración de una úlcera varicosa, de 5 casos observados dos eran sífilíticos y se trataban al mismo tiempo por el Ioduro potásico. En otro caso la curación se obtuvo al cuarto mes.

3.º Método de los injertos.

El injerto epidérmico no parece haber dado resultados satisfactorios, la recidiva es muy frecuente pues la piel que cubre la cicatriz es delgada, poco resistente, poco flexible y apergamada; el mas pequeño traumatismo, un rozamiento por pequeño que sea producirá una solución de continuidad cuyos límites se irán extendiendo rápidamente obteniendo la úlcera sus dimensiones primitivas. Los injertos dermo-epidérmicos y cutáneos no parecen dar buenos

resultados pues todos estos métodos combaten únicamente
to la úlcera y no la causa de la misma.

4.º Autoplastia

Este es un procedimiento que puede seguirse
en pequeñas pérdidas de substancia pero no
en úlceras de mucha extensión.

5.º Resección de la safena.

Fue una idea Patogénica la que hizo na-
cer esta intervención, estando bien justificada,
pero los resultados no han respondido a las
esperanzas; sin embargo en algunos casos es

La intervención da buenos resultados: cuando la úlcera está acompañada de enormes dilataciones venosas y dolorosas y cuando hay hemorragia. Pero esta operación tiene una influencia directa sobre la marcha de la úlcera?

Sin duda será así, si la úlcera llamada variciosa reconoce únicamente esta causa patogénica. Los accidentes determinados por esta operación son raros. Sin embargo se citan casos de retención de orina explicándola por exageración de las varices de la vejiga seguidas a la ablación de las va-

rices del miembro.

6.º Elongación de los nervios.

Esta intervención ha nacido también de una idea patológica. Una primera objeción se impone, es que este procedimiento solo es posible en los casos de úlceras pequeñas y no en las grandes úlceras por ser varios los nervios que las inervan.

Después de la intervención, se han observado fenómenos dolorosos en el miembro operado, edema del pie y trastornos tróficos

7.^a Disociación fascicular del nervio ciático.

Este método es reciente, y bastante difícil de juzgarse. Han dado algunos buenos resultados pero algunos enfermos se quejaron de pinchazos y hormigueos dolorosos después de la curación.

8.^o Incisión circunferencial de la pierna

Este método provocó el entusiasmo de numerosos cirujanos italianos pero muchas objeciones le fueron hechas edema del pie, usis, siendo algunos meses después de la operación.

retardo notable de la cicatrización de la incisión inferior, dolores al nivel de la cicatriz submaderar, dificultad de aplicación del método cuando la úlcera pasa de los malleolos. Sin embargo numerosos casos felices han sido observados. En un estudio reciente reciente sobre el hecho de que la cicatriz de la úlcera no es el único beneficio que se pasa de este método, en efecto poco tiempo después de la intervención las dilataciones varicosas han disminuido por encima y por debajo de la incisión las varices son

Tolerantes y los dolores desaparecen.

Tales son las diferentes intervenciones propuestas para la curación radical de las úlceras varicosas y dichas las principales objeciones que se pueden hacer a cada una de ellas.

Sea el número que quiera el número de esas objeciones se puede decir de una manera general que el tratamiento quirúrgico de las úlceras varicosas de la pierna es lógico pues se dirige a combatir las causas de la misma estado varicoso por insuficiencia valvular, tras

Tornos tróficos, y alteración de la nutrición del
territorio ulcerado como resultado de estas dos
causas patológicas.

Cada uno de estos métodos es bueno en al-
gun caso, y una sola intervención no puede ser
válida para todos. Bajo el punto de vista del
tratamiento quirúrgico, de las úlceras varico-
sas conviene dividir las, en úlceras recientes y
poco extensas, y úlceras antiguas y muy exten-
sas. Las primeras se tratarán con éxito con
los injertos, las escarificaciones y la elongación

de los nervios.

Las úlceras antiguas rebeldes y extensas situadas sobre la cara anterior interna y acompañadas de dilataciones venosas serán tratadas por la resección de la safena interna; esta vena será resucada en gran parte de su trayecto. Las úlceras rebeldes anulares o externas serán tratadas por la incisión circunferencial de la pierna.

La ligadura de la safena interna resulta insuficiente; la resección en todo el trayecto

De del musto es preferible.

Las cicatrices de las úlceras, son diferentes segun el procedimiento adoptado, las mejores, las mas sólidas y mas flexibles son las obtenidas por la resección de la safena interna.

Observaciones

Incisión circunferencial de la úlcera

Observación I

Úlcera antigua de 10 años muy extensa
catorce centímetros por veinte y dos super-
ficie atónica, bordes esclerados curación al
cabo de diez meses.

Jaime R. sesenta años, cochero, entró en el hos-
pital el veinte y nueve de Noviembre de mil nove-
cientos dos por úlcera de la pierna izquierda

Sin que antecedente de sífilis pero sí de alcoholismo bien manifestado; varices despues de mucho tiempo.

Hace diez años que tiene la úlcera, ha estado en diversos hospitales haciendo alternativas de mejoramiento y de agravación pero nunca de cicatrización completa. A su entrada en el hospital presentaba una úlcera en los dos tercios inferiores de la pierna izquierda ocupando las caras anterior externa y posterior y en parte de la interna donde se ve cubierta por una

vandetea de piel violacia que no tenia un centime-
tro de largo.

Bordes irregulares duros y esclerosados en la
parte inferior, fondo rojo, mamelones con po-
ca vitalidad en la parte superior, en la in-
ferior nada de mamelones carnosos, *ex Paris* res-
to poco pronunciado.

Durante 15 dias el Dr. Raventos se hizo
la incision circunferencial de la ulcera.

22 de Diciembre los salios de la incision muy
alejados el uno del otro: proliferacion epitelial

notable sobre todo en la cara interna.

31 de Diciembre continua cicatrizando.

26 de Enero solamente existe una ulceracion sobre la cara antero-externa de la pierna con una extension de $4\frac{1}{2}$ centimetros por 2.

15 Febrero ulcera completamente curada. Alta.

Observación II.

Una varicosa antigua, de 13 años 15 cen-
timetros por 8 1/2, curación en menos de 2 meses.

María P. planchadora, entró en el hospital -
por una extensa úlcera de la pierna antigua de
13 años. Está situada en la región interna y pos-
terior de la pierna.

En 14 de Mayo, después de 10 días de reposo
se le hace la incisión circunferencial.

En 7 de Julio sale del hospital completamente
curado.

Observación III

Numerosas úlceras varicosas de la pierna izquierda de 8 años de fecha, curación en un mes.

Joaquin B. de 50 años entró en el hospital el 1.º de Febrero de 1902 por múltiples úlceras de la pierna izquierda. Antecedentes personales y hereditarios nulos. Varices, a los 25 años, empeoraron las úlceras hace 8 años.

Su entrada presentaba 4 ulceraciones en el tercio medio de la pierna izquierda, tres en la cara

interna y 1' en la antero-externa, dilataciones va-
ricosas ligeras, poco edema.

Tratamiento, reposo durante 15 días sin obtener
ningun resultado.

En 15 de Febrero se le hizo la incisión circun-
ferencial en cada úlcera saliendo el enfermo el
12 de Marzo del hospital, completamente curado,
un año despues le encontré y no presentaba recidiva.

Observación IV.

Úlceras varicosas de las dos piernas antiguas de 7 años muy extensas y rebeldes, un picatruzo a los Franceses la otra a pesar de los injertos no cicatrizó verificando entonces la incisión circunferencial obteniendo la cicatrización.

Luis M. de 40 años, entró en el hospital en 8 de Junio de 1892.

Varices hacia mucho tiempo. úlceras antiguas desde 7 años.

En la pierna izquierda al nivel del Tercio inferior de la cara interna presenta una úlcera de las dimensiones de la palma de la mano, fondo grisáceo anfractuosa con mamelones violáceos, bordes indurados, aspecto elefantiano del miembro. En la pierna derecha úlcera muy extensa a todo alrededor de la misma y al nivel del Tercio inferior.

En 22 de Junio se le hizo la incisión circunferencial de las dos úlceras a 2 cm de los bordes, hemorragia bastante abundante.

En 7 de Julio Tendencia manifiesta a la cicatización.

En 25 de Septiembre la úlcera de la pierna izquierda con cicatrizada.

En 2 de Octubre las dos úlceras están atómicas sin Tendencia a la reparación.

En 10 de Octubre injertos de Chirosch.

En 3 de Noviembre los injertos se han adherido en parte habiéndose con la cocaína anestesia local y luego una incisión circunferencial alrededor de las úlceras.

En 15 de Enero curación completa.

Observación V.

Úlcera varicosa de la pierna derecha, incisión circunferencial, curación al cabo de 34 días.

Juliana S. 34 años, entró en el hospital en 22 de Julio de 1902, una úlcera varicosa antigua.

A los diez días de haber sufrido un Trauma Pirmo se presentó una úlcera de la pierna derecha Tercio inferior y región externa: dimensiones 6 cm. en todos sentidos.

En 22 de Julio, se le practicó la incisión cir-

conferencial.

En 20 de Agosto cicatrización casi completa.

En 27 de Agosto curación completa. Alta.

Escarificaciones

Observación VI

Úlcera extensa de la pierna derecha curación al cabo de cuatro meses.

Agustina C. 50 años, lavandera, entró en el hospital en 12 de Octubre de 1902.

Antecedentes hereditarios y personales nulos: hace 2 años recibió un golpe en la región tibial de la pierna derecha, 6 meses después tuvo una pequeña hemorragia al nivel de la contusión sucediendo después una herida pequeña sin

Tendencia a la cicatrización, algunos meses después
nueva hemorragia, desde este momento la úlcera
siguió aumentando hasta su entrada en el hos-
pital. Actualmente la úlcera se encuentra en
la parte media e interna de la pierna dere-
cha, que mide $14\frac{1}{2}$ cm. por $6\frac{1}{2}$, de bordes du-
ros sinuosos formando reborde saliente todo alre-
dedor de la herida, fondo deprimido, cubierto
de mamelones carnosos de color pálido, edema
duro que no para de los malecos; algunas
varices superficiales en la pierna ulcerada, las

profundidades son muy numerosas.

Aplicación de cataplasmas de almidón durante 8 días.

En 19 de Octubre. Escarificaciones a los bordes de la herida y aplicación de cataplasmas.

En 20 de Octubre los bordes están algo hinchados.

En 25 de Octubre la cicatrización empieza en la parte inferior; el pus es todavía abundante y fetido, se substituyen los cataplasmas por los polvos de Carbonato de hierro.

En 3 de Noviembre, la úlcera está en plena
via de cicatrización, los mamelones carnosos em-
pujzan a crecer en el fondo de la úlcera; el
pus notablemente disminuido y menos fétido.

En 3 de Febrero la úlcera está casi cicatrizada.

En 16 de Febrero curación completa.

Observación VII

Úlcera extensa, curación completa al
cabo de un mes después de la in-
tervención, linfagitis.

Ricardo P. 50 años, zapatero, entró en el hos-
pital el 15 de Julio de 1902. Antecedentes
hereditarios nulos, id. personales, manifestaciones
reumáticas, nada de sífilis ni alcoholismo.

Varicos de las dos piernas; actualmente úlce-
ra al Tercio inferior de la pierna izquierda
de 8 cm. por 10. bordes irregulares, duros como

Todos á pico, superficie fuertemente deprimida cubierta de mamelones carnosos de un color rojo oscuro, tegumentos livos espesos y completamente esclerosados. Reposo en cama y cataplasmas de almidon sobre la parte ulcerada durante cinco dias.

En 20 de Junio la inflamacion ha disminuido pero no ha desaparecido por completo á pesar de ella, se hacen escarificaciones en la parte interna de la ulcera.

En 21 de Febrero las partes escarificadas

están hundidas; presenta algunos fenómenos de linfangitis con algo de aumento de Temperatura y empacho gástrico; las partes ulceradas están rojas e inflamadas, aplicación de cataplasmas

En 22 de Junio mas inflamación y mas fiebre.

En 27 de Junio la parte interna de la úlcera (porciones escarificadas) está necrosada, se escarifica la parte externa.

En 7 de Julio el enfermo sale del

hospital con una ulcera del tamaño de una
moneda de 5 centimos.



Yujertos

Observación VIII.

Úlcera de diez años de fecha, injer-
to dermo-epidérmico después de inci-
sión y raspado, curación á los 2 meses.

Juan M. Ladullero, entró en el hospital el
19 de Diciembre de 1902 por úlcera de la pier-
na. Antecedentes hereditarios nulos, la persona
es hace 2 años que fué herido por una pier-
na en el tercio inferior de la pierna, dere-
cha, quando camaba algunos días volviendo á

su trabajo con una herida que á fuerza de curaciones hizo cicatrizar en parte pero quedando aun una úlcera de las dimensiones de una moneda de 5 pesetas. A los 18 meses sin causa aparente esta úlcera empezó á crecer á pesar de todos los medicamentos usados. Actualmente en la parte antero-externa de la pierna derecha presenta una úlcera de 6 cm. de ancho por 6 de largo. Numerosos mamelones carnosos y ligeras varices. En 10 de Enero anasteniá por la cocaína en la

región infra-raquídea, escisión y raspado de los mamelones carnosos.

En 4 de Enero dijera supuración y hemorragia.

En 16 de Enero toda la úlcera está sangrando.

En 25 de Enero, anestesia infra-raquídea, injerto dermo-epidérmico, apósito vaselinado.

En 6 de Febrero, en la primera cura todos los injertos menos uno se habían adherido hay algo de supuración.

En 20 de Marzo sale enfermo del hospital con una úlcera del tamaño de 1 peseta.

Observación IX

Úlcera de 2 meses, seis injertos, cu-
táneos, curación a los cuatro meses.

Luis C. Herrera 28 años entró en el hospital
en 24 de Octubre de 1902, fue declarado in-
útil en el servicio militar por presentar nu-
merosas varices, sufrió un traumatismo con he-
rida en la parte interna de la pierna de-
recha, esta herida se fue agravando, actual-
mente presenta las dimensiones de 5 cm por
3 fondo sangriento, bordes no esclerosados, duran-

De 10 días reposo por obtener ningún resultado.

En 4 de Octubre con una jucharilla se avivaron los mamelones carnosos, y se sacaron de la cara anterior del muslo derecho seis injertos que se colocaron en la úlcera, vendaje vaselinado.

En 15 de Noviembre se han adherido todos los injertos menos uno.

En 23 de Noviembre los injertos presentan muy buen aspecto.

En 15 de Diciembre la extensión de la úlcera ha disminuido.

En 20 de Diciembre el enfermo sale curado del hospital.

Autoplastia

Observación X

Mujer de 24 años presentaba una úlcera en la pierna derecha tres pulgadas de largo por $2\frac{1}{2}$ de ancho situada encima del talón.

En 5 de Febrero de 1902 se amputó la mano de un hombre de 20 años que tenía, en medio de una salud excelente, una caries de un hueso del carpo, ocho minutos después de la operación del Dr Ribas cortó de la mano amputada un pedazo de piel y la aplicó so-

bre la úlcera fijandola al mismo tiempo Levantando el aparato al cabo de 24 horas la piel estaba solidamente adherida sin haber cambiado de color. El vendaje fue renovado todos los dias y el 17 de Marzo habia cicatrizado por completo.

Observación XI.

Autoplastia hecha con un escroto, cu-
racion al mes.

Juan C. 70 años entró en 16 de Abril de 1903
antecedentes hereditarios nudos, ulcera varicosa
pierna derecha, superficie de contornos irregula-
res, ocupando los dos tercios de la circunferen-
cia de la pierna, mamelones de mala natu-
raleza bultos infiltrados.

Del 16 Abril al 6 de Mayo cura yodo-
fórmica sin obtener ningun resultado.

En 6 de Mayo se opera un variocela, el segmento escrotal abandonado sobre la mesa de operaciones fue recogido al poco rato y aplicado sobre la úlcera; despues de haber quitado generosamente parte del Tejido celular del escloto, y por unos cortes de bisturí arivado la superficie de la úlcera que fue recubierta por completo.

En 10 de Mayo adherencia del segmento a la úlcera.

En 20 de Mayo cicatrización casi completa.
Alta.

Reseccion de la safena Observacion XII.

Ulcera de la pierna derecha, reseccion
de la safena interna y curacion.

Francisco N. 50 años carretero entro en el
hospital el 20 de Enero de 1903. Antecedentes
Por hereditarios nulos, id. personales varios a
los 20 años.

Hace dos años tuvo dos ulceras varicosas
en la pierna derecha que le obligaron a guar-
dar cama durante seis semanas levantandose

completamente curado. Hace un año, el enfermo vio sobre la cara interna de la pierna derecha y algunos centímetros por debajo del malleolo una ulceración que se iba extendiendo poco a poco. Tres meses después apareció de una segunda úlcera inmediatamente por delante de la cresta de la tibia un poco mas alta que la primera que se iba extendiendo poco a poco. Seis semanas antes de su entrada en el hospital apareció una tercera ulceración; actualmente tres úlceras sobre la pierna de-

recta la primera está situada sobre la cara interna a 4 cm por encima del maleolo interno su forma es circular, y sus dimensiones las siguientes 3 1/2 cm de altura por 2 de ancho, los bordes cortados a pique el fondo mal aspecto, la segunda está situada inmediatamente por delante de la cresta interna de la tibia a 1 cm. por encima del maleolo su forma es elíptica y sus dimensiones 3 cm. de largo por 2 de ancho, por último a 16 centímetros más de sobre la cresta tibial otra pequeña úlcera

arterial del Tamoño de una semilla de cerezo.
Estado varioso pronunciado de los dos miembros
inferiores.

En 2 de Febrero resucción de 20 cm. de safer-
na interna, entre dos ligaduras. El enfermo
salió curado en 28 de Febrero, habiendole vis-
to mas tarde sin que presentase recidiva.

Observación XIII.

Úlcera de la pierna izquierda, rese-
ción de la safena interna y curación.

Señor F. 45 años, cocinero, entró en L. de Abril
de 1903 por úlceras varicosas de la pierna izquier-
da antecedentes hereditarios nulos, id. personales
a los 20 años sufrió una flebitis de la pierna
izquierda a consecuencia de una fiebre tifoidea.
a los 42 años tuvo la primera úlcera entrando
en el hospital y al cabo de 20 días salió
completamente curado; un año después otra

ulcera sucedió lo mismo que el caso anterior. Estuvo tres años sin tener úlceras, doce días antes de su entrada en el hospital, vió una pequeña ulceración en el tercio inferior de la cara interna de la pierna izquierda que aumentaba rápidamente de volumen, actualmente presenta estas dimensiones $6\frac{1}{2}$ cm en el sentido vertical $4\frac{1}{2}$ cm en el lateral y 7 en su mayor longitud. Tiene una forma oval irregular con una prolongación en la cara posterior de la pierna, el borde inferior está a $9\frac{1}{2}$ cm del

maleolo tibial, la superficie presenta mal aspecto siendo la supuración poco abundante varices en la cara interna de la pierna.

En 24 de Abril incisión de 24 cm de longitud partiendo del medio de la pierna para llegar al vértice del Triángulo de Scarpa resección de 25 cm de safena.

En 19 de Mayo el enfermo salió curado.

Observación XIV.

Úlceras varicosas de la pierna derecha, resección de la safena interna: curación.

Josefa T. 45 años, planchadora, entró en 25 de Mayo de 1903 por úlceras varicosas de la pierna derecha, antecedentes hereditarios nulos, id. personales, ninguna enfermedad, ha tenido seis partos de dos años de intervalo cada uno, después del segundo la enferma notó sobre la porción interna de la pierna y muslo derecho la presencia de varices que no aumentaban, sino con

secutivamente a cada parto; hace 4 años rotura
de la refrena interna al nivel del maldito Tibial,
curación rápida, algun tiempo despues la enfer-
ma, vio sobre la cara interna de la pierna, de-
recha detras del maldito un pequeño abulta-
miento que lo ulceró, rascandose, tardando
seis meses por curarse pero se reabrió en seguida
sin cesar nunca de crecer, el mismo fenomeno
se reprodujo en otros dos sitios de la cara in-
terna de la pierna derecha y en otro de la
cara externa, de estas ulceraciones salia un

líquido que bien pronto se opacó y se volvió
en purulento; el día de su entrada en el hospi.
Tal tenía cuatro superficies ulceradas la prime-
ra sistema triangular situada a un través de
plado del metacarpo externo, bordes elevados y
edematosos pus algo rojizo, media al nivel
de su base $7\frac{1}{2}$ m al nivel del pequeño bor-
de $6\frac{1}{2}$ m al nivel del borde mayor 10; las
otras tres situadas en la cara interna, una
por detrás del metacarpo tibial extendida detrás
adelante y del Tarsiano de una moneda de

5 presetas y la piel del alrededor estaba tensa brillante y enroscada, las otras dos ulceraciones situadas al mismo nivel transversal de esta.

En 14 de Mayo resección de la safena interna en su parte superior.

En 11 de Junio las úlceras de la parte interna están completamente cicatrizadas las dimensiones de la cara externa han disminuido midiendo la base 6 cm, el borde pequeño 4 1/2 cm y el grande 7 cm.

En 7 de Julio otra. Las úlceras de la cara

interna están completamente curadas, al nivel de la cara externa quedan dos pequeñas heridas con tendencia manifiesta a la cicatrización.

Observación XV.

Úlcera varicosa de la pierna derecha.

Resección safena interna. Curación.

Juan E. Jorjatero entró 2 de Mayo 1903 úlcera varicosa de la pierna derecha. Antecedentes hereditarios. Su madre tuvo varices. Antecedentes personales a los 15 años tuvo varices junto con una úlcera que se curó 4 meses después: 4 años mas tarde otra úlcera que le obligó a entrar en el Hospital saliendo curado a los tres meses.

A los 15 días se percibió que tenía una pequeña úlcera cuyas dimensiones crecían progresivamente actualmente se vé sobre el lado interno de la pierna a 5 cm. por encima del muelto interno de la tibia, y de la forma de una semicircunferencia una ulceración de las dimensiones siguientes: 5 cm. en el sentido vertical, 2,5 en el costado sagital, existe una pequeña prolongación en el punto que el diámetro encuentra la semicircunferencia, los bordes de la úlcera son poco elevados, la superficie bastante

limpia supurando muy poco, estado varicoso muy pronunciado de los dos miembros inferiores.

Tratado hasta el 18 de Mayo por el sepro no se obtuvo ningun resultado.

18 Mayo. Resecion Total de la safena interna derecha.

1.^o de Abril las dimensiones de la ulcera han disminuido notablemente.

17 de Abril el enfermo sale curado.

Observación XVI.

Úlcera varicosa de las dos piernas
resolución de las dos safenas internas.

Curación.

Manuel P. 21 años, jornalero entró en 1.^o
de Febrero de 1902 por úlcera varicosa de
las dos piernas. Antecedentes hereditarios me-
dos, id. personales. Hace dos años tuvo flebitis
primero en la pierna izquierda después en la
derecha, la primera úlcera apareció hace dos
años sobre la pierna izquierda esta úlcera en

vez de curarse, aumentó progresivamente: hace 6 meses aparición de pequeñas ulceraciones sobre la cara anter-interna de la pierna derecha.

Actualmente sobre la cara interna de la pierna izquierda, úlcera de 12 cm de alto por 5 ancho, sobre la cara anter-interna de la pierna izquierda 4 ó 5 ulceraciones alargadas por encima del metacarpo, las dimensiones respectivas, son las de una pieza de 50 centimos, estado varicoso muy pronunciado de los dos miembros inferiores.

En 16 Febrero - 1.^o Resección de la safena interna, izquierda en una extensión de 20 cm. - 2.^o - Ligadura de la safena interna izquierda al nivel del conato interno y resección de unos 4 cm. de vena.

1.^o Marzo la cicatrización de las úlceras de las dos piernas se hace rápidamente.

17. Marzo el enfermo sale curado.

Observación XVII

Úlcera varicosa de la pierna izquierda
da varices superficiales. Resección de
la safena interna. curación.

S. Carlos G. 40 años carretero entra el 27 de
Septiembre de 1902 por úlcera de la pierna iz-
quierda

Antecedentes hereditarios malos, id. personales;
nada de sífilis.

En 11 de Julio de 1902. El enfermo nota un
punto dolor en el Tercio medio de la pierna

izquierda estando la piel en este nivel, de un color rojo pronunciado.

En 14 de Julio. Un médico fue consultado diagnosticando un absceso y practicando una incisión de 5 cm saliendo, según dijo el enfermo bastante cantidad de pus. A partir de este momento la herida no se cerró.

El día de su entrada en el hospital se hacía el tercio medio de la pierna y en su cara interna una pequeña herida, de bordes redondeados y con gran diámetro vertical. Dimensiones:

4 $\frac{1}{2}$ m de altura por $1\frac{1}{2}$ de anchura. Pocas varices.

En 7 de Octubre - Resecion de la safena interna del lado izquierdo en una extension de 20 m.

En 19 de Octubre. El enfermo sale curado.

Observacion XVIII.

Úlcera varicosa de las dos piernas. En-
Fijacion en el borde derecho e izquier-
do del segmento superior de la sa-
fena interna.

Ante J. 52 años planchadora entró 18 de
Julio de 1902 por úlcera de las piernas. Ante-
cedentes hereditarios nulos, id. personales. Tuvo va-
rices despues del primer parto hace 28 años:
hace 14 años estas varices están abiertas y la
enferma ha perdido mucha sangre, a los dos

meses aparición de pequeñas ulceraciones sobre las dos piernas, actualmente 4 úlceras en la cara anterior interna de la pierna derecha, 2 están colocadas simétricamente a cada lado de la cresta Tibial, siendo de un tamaño aproximado de una moneda de 5 pesetas, la Tercera de las mismas dimensiones, está situada al nivel de la articulación del pie a un centímetro del malleolo interno, la 4^a mucho mas pequeña se encuentra por debajo de la precedente. Sobre la pierna izquierda al nivel del malleolo

interno, úlceras de contornos irregulares fondo blanco amarillento del tamaño de una moneda de 5 pesetas.

En 21 de Agosto extirpación del lado derecho del segmento inferior de la vena safena interna en una longitud de 10 c/m.

El enfermo sale curado el 30 de Septiembre.

Elongación de los nervios. Observación XIX.

Manuel N. Pendero, 49 años, varicoso, úlcera situada en la cara antero-interna de la pierna derecha 18 $\frac{1}{2}$ m. por 6. pus fetido bordes edematosos, hace 14 años que tiene esta úlcera, desinfección preventiva de la úlcera por una serie de fomentos, 3 semanas después elongación de los nervios misculo-cutáneos y refena interna; excisión de la úlcera. Curación al cabo de 5 semanas.

Disociación fascicular del ciático.

Observación XX.

Úlcera recidivante de la pierna izquierda. Úlcera dolorosa; disociación fascicular del ciático. Curación en 6 días persistiendo 19 meses los fenómenos dolorosos.

Antonio V. 39 años, varices a los 16 años; úlcera poco profunda, tamaño de una moneda de 5 pesetas y situada en la parte anterior de la pierna izquierda.

En 21 de Marzo. Disociación fascicular del
ciático.

En 16 de Abril. Curación completa de la
úlcera, 19 meses después. La curación se man-
tenía.

Observación XXI.

Úlcera varicosa antigua, de 10 años.
Dinamación fascicular del natio y re-
sición de la safena. Curación en
30 días. Recidiva al cabo de 3 me-
ses y medio.

Severino R. Cochero entra el 21 de Marzo de
1902. Úlcera antigua, de 10 años, situada por
encima de la parte media de la pierna, dere-
cha y siendo sus dimensiones actuales de 6 cm
por 5 1/2 bordes callorosos, gruesos, varices nume-

rosas, safena dilatada.

En 6 de Abril. Ligadura de la safena en la parte media del muslo y de la rodilla disociación fascicular del ciático.

En 30 de Abril el enfermo sale con una pequeña superficie no cicatrizada que se curó en los primeros de Mayo, visto despues la ulcera habia reabierdo quejándose el enfermo de una insensibilidad y frío en toda la pierna.

Incisión circunferencial de la pierna.

Observación XXII

Matilde J. lavandera, 40 años, entra en el Hospital 1903. por úlcera de la pierna izquierda. estado varicoso muy pronunciado de los miembros inferiores, sobre la pierna izquierda, se observan tres úlceras, dos en la cara anterointerna y otra en la cara externa, el reposo en cama no dió ningun resultado, se practicó la resección extensa de la safena interna, a los días que siguiera a esta operación se notó la fondeadura

a' la cicatrización, era casi completa, pero la
úlcera externa estaba estacionada, se practi-
có entonces la incisión circunferencial de la pú-
na, la tendencia a' la cicatrización de la
cara externa fue entonces manifiesta y
un mes despues salia del hospital la
enferma completamente curada.

De todo lo expuesto deduzco las siguientes:

Conclusiones

- 1.^a El Tratamiento quirúrgico de las úlceras de la pierna es racional, pues se dirige á las causas mismas de la úlcera.
- 2.^a Un solo procedimiento no será conveniente en todos los casos.
- 3.^a Las úlceras recientes, poco extensas pueden ser tratadas con éxito por los métodos de Crier, las escarificaciones ó la elongación de los nervios; á las úlceras

crónicas rebeldes y muy extensas se las
Tratará por la resección de Safena o por
la incisión circunferencial de la pierna.

4^a

Las úlceras situadas al nivel de la ca-
sa entero interna de la pierna y acom-
pañadas de la dilatación de la Sa-
fena interna serán tratadas por la
resección extensa de la misma pues la
ligadura resulta insuficiente.

5^a

La incisión circular de la pierna, proce-
dimiento de Mareschi se refiere prin-

principalmente a las úlceras anulares o intinadas a la cara externa.

6.^a Las cicatrices de las úlceras tratadas por la resección de la Safena interna son mejores, mas resistentes que las obtenidas por otros procedimientos o solo por el reposo.

Luis Calafalch Feiner

Barcelona 10 Setiembre de 1905.



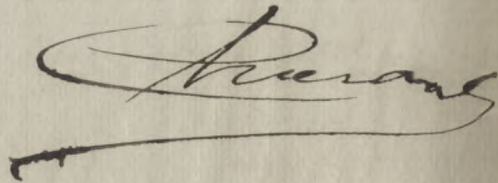
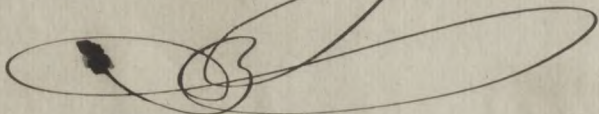
1

Verifico el ejercicio del Grado de
Doctor que le calificó de Apudato

Madrid 11 de Nov de 1768

El Presidente

Arrealis Jimeno



Don Juan de los Rios

A. Alonso Saavedra

El Secretario

J. J. Robles

Handwritten scribble or signature on the left side of the page.

