Roberto y Baron (D. Pedro Julio)
Ca 2573
81-9-2 lin 29
(nº 61)

Anaplastia en general

y

Queiloplastia inferior en particular.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
5315413429

Tesis para el Doctorado, por

el licenciado en Medicina y Cirujia

Pedro Julio Robert y Baron.

Madrid, Mayo del 1873.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
5315413429

b18852841

Ilmo Señor:

Al serme concedido el alto honor de ocupar esta tribuna, donde tantos varones escogidos hán tratado cuestiones científicas importantes y emitido pensamientos que habrán sido de gran trascendencia para la humanidad; la emocion me embarga al considerar cuán ínfimos son los conocimientos que yo poseo; no esperando por lo tanto nada de ellos, y sí todo de vuestra inagotable benevolencia. Porqué siendo eminentemente

Sabio, tambien habeis de ser inmensamente indulgente.

Lo único que procuraré en cuanto me sea posible, será la claridad y concision, al esplanar el tema que es objeto de este trabajo y há de versar sobre la Anaplastia en general y la especial del labio inferior, ó sea la Cheiloplastia inferior.

Anaplastia en general.

La Anaplastia, viene siendo conocida desde la antigüedad mas remota y el divino padre de la Medicina comprendia bajo esta denominacion, el restablecimiento de la forma de una parte, ó la coaptacion de un hueso fracturado, y hasta la reproduccion de las carnes en un miembro ~~fracturado~~. demacrado.

La accepcion tan lata y poco precisa dada a la palabra Anaplastia por el anciano de Cós, es debida sin duda alguna, à que en aquel tiempo que nos recuerda los primeros pasos de la Medicina, la Cirujia se hallaba entonces en embrion. Relegado despues al olvido, este término há sido empleado de nuevo por algunos autores que sin cuidarse de precisar bien su significacion, le hán aplicado al conjunto de operaciones cruentas, que tienen por objeto reformar las partes perdidas ó mutiladas.

La importante clase de operaciones a que pertenece la Anaplastia, se funda en la posibilidad de reunir porciones de tegumentos, y aún de otros tejidos trasportados de una parte ó region del cuerpo a otra. Los tegumentos que empleamos para corregir una deformidad ó mutilacion, pueden tomarse del mismo sugeto que há de sufrir la operacion, ó de otro individuo de la misma especie; sin embargo de que no falte quien diga se puede practicar esta restauracion, en individuos de especie enteramente diferente, como de los animales al hombre.

Autoplastia, se denomina la operacion, siempre que los tejidos usados para reformar una pérdida de sustancia ó mutilacion, proceden del mismo paciente, recibiendo el nombre de Heteroplastia, al ser tomados para dicho uso de un individuo ó sugeto diferente.

De lo anterior se deduce que son dos las accepciones que hoy dia tiene la palabra Anaplastia; la hipocrática

ó antigua, y la moderna.

Varios cirujanos, y muy especialmente el Sr. Verneuil admiten y siguen la acepcion dada por Hipócrates a la palabra Anaplastia; y siendo tán estensa esta vóz tomada en este sentido, hán dividido las deformidades en cinco grupos que son:

1º Deformidades por Síntesis, ó reunion de partes separadas.
2º " " Diéresis, ó separaciones anormales.
3º " " Exéresis, ó pérdidas de sustancia.
4º " " Prótesis, exuberancia ó esceso de substancia
5º " " Heterotaxia, cambio de relacion

Admitiendo en contraposicion de estas Deformidades otras tantas especies de Anaplastia, a saber:

1º Anaplastia por Síntesis, ó reunion de partes separadas anormalmente
2º " " Dieresis, ó separacion de partes reunidas.
3º " " Exéresis — ablacion de partes supérfluas
4º " " Prótesis, adicion de partes nuevas
5º " " Anataxia, reposicion en su sitio normal.

de manera que plantean y resuelven el problema diciendo; que dada una deformidad de cualquier nombre de estos cinco grupos; se debe emplear para su curacion, la Anaplastia de nombre contrario. Sin entrar en las demas consideraciones que espone en su obra el Sr. Verneuil, diremos que tambien divide la Anaplastia, en curativa, preventiva y paliativa, segun, que por su aplicacion, palia, previene ó cura alguna enfermedad ó deformidad.

Las clases de Anaplastia admitidas por Velpeau, son tres: Anaplastia por restitucion, trasplantacion y trasposicion.

Anaplastia por restitucion: Se verifica, cuando partes mas ó menos voluminosas, unidas a las demas por láminas ó porciones de tejidos, se restituyen a la posicion regular, y otra en la que una parte como la naviz del mismo individuo, una porcion de la oreja, la yema de un dedo, separada hace poco tiempo, es restituida a su posicion natural, y se logra su adhesion.

Anaplastia por trasplantacion: tambien puede ser de dos maneras; bien sea la trasplantacion de partes análogas, bien sea de partes diferentes, pero en uno y otro caso tomadas de un individuo diferente á aquel en quien existe la mutilacion; esto se funda y está acreditado por hechos

observados. La tercera clase ó sea,

Anaplastia por trasposicion: es aquella en que se cortan y disecan los tejidos del mismo individuo de diferentes maneras, para trasportarlos, ya sea repentinamente ó bien por grados, con el fin de cubrir las partes destruidas ó mutiladas.

Nada diremos de las diferentes clases de Anaplastia descritas por los Sres. Sedillot, Jobert (de Lamballe) Malgaigne y Chassaignac; admitiendo todos estos eminentes cirujanos juntamente con Velpeau, la accepcion moderna de la palabra Anaplastia: esto es que podemos interpretar sus diferentes definiciones, diciendo que Anaplastia es la restitucion por medio de una operacion, de una parte destruida ó mutilada.

Como mas arriba hemos visto, la Anaplastia comprende la Heteroplastia y la Autoplastia. La una que és la Heteroplastia, há caido, sinó en un verdadero olvido, a lo menos en un completo desuso; por lo cual la pasaremos por alto. Nó así de la Autoplastia, que es la única puesta en práctica en el dia, al ocuparse los cirujanos de cualquiera clase de Anaplastia, y por lo tanto vamos a esponer a grandes rasgos los métodos operatorios generales que comprende, y que tienen su aplicacion despues en la Autoplastia especial ó aplicada a las regiones.

La palabra Autoplastia, etimológica de las voces griegas AUTOS uno mismo, y πλασσω yo formo; se refiere a una operacion que tiene por objeto hacer ó restaurar una parte con auxilio de otra parte del individuo.

Mr. Blandin en su tésis presentada a la Academia de Medicina de París en el año 1836; sobre la Autoplastia, describe esta operacion de la manera siguiente: El cirujano Autoplasta, dice, es como un escultor, con la única diferencia de qué es, Fictor é carne; mientras que este es, Fictor é mármore.

La Autoplastia, es una verdadera prótesis que se ocupa de reemplazar las partes que faltan con otras nuevas; es una prótesis viviente; cuyos medios enteramente unidos al sugeto, se le adhieren nó por lazos artificiales, sinó por tejidos organizados; es el triunfo de la Cirujia, que por medio de un dichoso artificio, hace renacer en cierto modo un órgano, y dota al hombre de una maravillosa ventaja, de

la cuál la naturaleza habia hecho disfrutar tan solo á los animales inferiores.

El orígen de la Autoplastia se encuentra envuelto en densas tinieblas y se pierde en la oscuridad de los siglos.

Se pretende que los Indios llevaron este arte al mas alto grado de perfeccion desde tiempos muy remotos; por la costumbre que hay en aquel pais de castigar a los criminales, con la pérdida de la naríz, de los labios ó de los ojos, se esplica bien la frecuencia y la perfeccion de las operaciones autoplásticas, y tanto mas cuanto que en un principio autorizaba la ley a los que tal castigo sufrian, a emplear todos los medios oportunos para hacer menos asquerosa su deformidad. Se cuenta que en un principio se idéo reaplicar inmediatamente la naríz que acababa de cortar el egecutor, y que fueron tán felices los resultados de esta reaplicacion que la ley mandó arrojar al fuego las partes separadas. Recurrieron entonces a la formacion de una nueva naríz por medio de los tegumentos de la frente, siguiendo todavia esta costumbre en las Indias.

Celso, Galeno, y Pablo de Egina, mencionan la Autoplastia de la naríz. En el renacimiento, Lanfranc (de Milan) recomendó esta operacion, que ya se venia practicando en Italia hacia mas de un siglo, con el nombre de Chirurgia Curtorum; por una familia oriunda de la Calabria y llamada familia de los Branca.

El famoso Gaspár Tagliacozzo ó Tagliacozzi, el mas hábil y célebre autoplasta del siglo XVI, pertenecia a esta familia.

Desde esta época la Autoplastia fué encomiada por unos y denigrada por otros; hasta los primeros años del actual siglo en qué recibió nuevo impulso. Carpue, cirujano inglés, publicó en 1816 dos observaciones de rinoplastia, de feliz éxito y poco despues los trabajos sucesivos de los Sres. Graefe, Delpech, Dieffenbach, Lisfranc, Lallemand, Blandin y Velpeau, hicieron de la Autoplastia ciencia enteramente nueva; y no hace muchos años, Earle y Jameson en Inglaterra, Delpech, Roux y Velpeau en Francia hán aplicado la Autoplastia a la curacion de los agujeros fistulosos antiguos.

Hecha esta ligera resena histórica, diremos que los Métodos Autoplasticos generales empleados en la actualidad, son: el Método Italiano, el Indiano y con mas particularidad el Francés. En el primer Método se ván a buscar los elementos de restauracion lejos de la region mutilada, en el segundo y tercero se toman de las partes adyacentes.

Metodo Italiano.= Este Método abraza dos Procedimientos operatorios, el primero es el de Tagliacozzo, y el segundo el de Graefe.

Procedimiento de Tagliacozzo: En la parte esterna y anterior del antebrazo y mas generalmente del brazo, se corta un colgajo triangular, cuya base permanece adherida a la piel braquial; y refrescando despues los bordes de la parte que se há de reparar, se unen con los del colgajo por dós ó tres puntos de sutura. El brazo de que se toma este ingerto, debe fijarse de una manera sólida, porqué el menor movimiento podria separar las partes que se intentan reunir. Es preciso pues, emplear una férula acanalada en la que se fija el brazo la cual se ata con correas inestensibles a la parte mas inmóvil de la region en que se hace la traslacion del colgajo. Hasta pasados treinta dias, no es prudente dividir la base que le une al brazo, pero cuando se verifica la adhesion está ya muy avanzada a la segunda semana.

Procedimiento de Graefe.= En vez de aplicar inmediatamente el colgajo sobre la parte que se quiere restaurar, Graefe le deja cicatrizar aisladamente, y no trata de implantarlo hasta despues de pasados muchos meses.

Método Indiano.= El Método Indiano consiste en cortar junto al órgano mutilado, un colgajo, que se invierte sobre sí mismo de modo que su superficie celulosa permanezca vuelta hácia la parte a que debe adherir: haciendo que sufra el colgajo al tiempo de invertirle una torsion de mas de una cuarta parte de circunferencia.

Método Francés.= Este Método que es el que suele proporcionar mas ventajas y es el mas generalmente empleado, consiste en la reparacion de las

partes mutiladas, cubriendolas con la piel inmediata que se desprende de los tejidos circunvecinos, deslizándola hasta que puedan ponerse en contacto los bordes de la herida.

Tambien se há llamado a este Metodo; Autoplastia por deslizamiento. En este método se hallan comprendidos los Procedimientos siguientes:

Procedimiento de Franco: Consiste en el desprendimiento de los tejidos adyacentes a la pérdida de sustancia.

Procedimiento de Celso: Consiste en el empleo de cortes internos con los cuales se distienden bastante los tejidos y se evitan las cicatrices esteriores.

Procedimiento de Thevenin: ó sea por incisiones esternas.

Procedimiento de Dieffenbach = por incisiones laterales.

Procedimientos de Velpeau = Primero; Autoplastia por traslacion de un puente cutáneo: Segundo; Autoplastia por formacion de un arco tegumentario.

Procedimiento de Chopart = Autoplastia por traccion.

Procedimiento de Blandin = ó por invaginacion, ideado por este cirujano y puesto en práctica para la curacion radical de las hernias inguinales.

En la apreciacion que hace el Sr. A. Guérin sobre los precedentes Métodos, dice que si el Metodo Italiano fuera el único medio de que pudiera valerse un cirujano para restaurar una parte destruida; la Autoplastia encontraria muy pocos partidarios, porqué es en efecto un verdadero suplicio para el enfermo que há de permanecer durante treinta dias en la misma posicion, y ofrece ademas pocas probabilidades de buen resultado, a pesar de algunos casos felices que se hán publicado.

Si hubiera de operar por este Método, emplearia el procedimiento de Graefe.

El Método Indiano, no se emplea mas que en ciertos casos determinados, como en la reparacion de la naríz a espensas de los tegumentos frontales, y algunos ótros.

El Metodo Francés, es el mas generalizado y el que se emplea con mas frecuencia, porqué es el que presenta mayor número de casos felices, y esto es debido a las condiciones mejores que presentan los colgajos en este Método.

Los practicos, hán enunciado ciertas reglas

generales acerca de las precauciones que se hán de tomar en cuenta para la formacion de un colgajo, y paraque este mismo reuna el mayor número de probabilidades para tener buen épito sea cualquiera la Autoplastia que se practique.

En primera línea, figura el cuidado y esmero que se há de llevar al elegir la piel de donde debe formarse el colgajo; pues há de ser de una estensibilidad regular y de un grosor mediano porqué tanto una piel muy gruesa y endurecida como una demasiado delgada y estensible, no son muy à propósito para la formacion de un buen colgajo. Acerca de la estension que debe darse al colgajo, están de acuerdo los autores en qué debe ser de una tercera parte proximamente mayor que la pérdida de sustancia que se quiere reparar, evitando de esta manera la deformidad que hubiera de sobrevenir a consecuencia de la retraccion esperimentada por el mismo colgajo.

Elegidos los tegumentos que nos hán de servir para el colgajo, se procede a su formacion, y es preciso que el operador le conserve sobre todo en su base, todo el tejido celular subcutáneo y cuidar con mucha especialidad, afin de asegurar su vida; de que se encuentren en la parte adherida del colgajo ó en su proximidad algunas de las arteriolas que hán de llevar el riego sanguíneo al resto del colgajo y tambien filetes nerviosos que le esciten.

Algunos encomian las fricciones etéreas y el solamiento en la parte de donde se há de tomar el colgajo, afin de robustecerle y aumentar su nutricion.

Tampoco es indiferente la forma que tenga el colgajo, ni el grado de traccion y torsion que sufra este.

Son preferidos los colgajos que ademas de las condiciones antedichas, sean de forma triangular y de base lo mas ancha posible; porqué son los que reunen las mejores condiciones para su vitalidad propia y su cicatrizacion con la parte reparada. Claro es, que si la base es ancha, contiene bastantes vasos ó uno solo pero de alguna consideracion, será mas fácil la nutricion de los dos lados libres ó separados, que si siendo el colgajo cuadrangular, uno de los lados que generalmente nó suele ser muy ancho, tiene que nutrir a los

otros tres. Considerando el número de lados libres como improbabilidades de suceso, tendremos en el primer caso, dos contra uno; y en el segundo tres contra uno.

Una traccion sobre el colgajo que pasa ciertos límites y puede llamarse forzada, no es á propósito para el buen resultado de esta clase de operaciones, porque dificulta ó retarda la circulacion en el colgajo, y con esto altera su nutricion; que tambien se verifica con dificultad, si la parte adherente del colgajo, base ó pedículo sufre una torsion violenta ó epagerada, dando esto lugar á una compresion de los vasos y ocasionando á veces la mortificacion del colgajo ó parte de él.

Dieffenbach cree que el colgajo muere tambien por esceso de sangre, recomendando para evitarlo, la aplicacion de sanguijuelas en el colgajo, aplicandolas una por una. Blandin dice haberlas empleado sin que obtuviera con ellas los resultados pregonados por Dieffenbach.

Malgaigne dice haber obtenido buenos resultados en caso de erisipela, inflamacion ó abultamiento del colgajo, con la aplicacion de un corto número de sanguijuelas á alguna distancia del pedículo.

El contacto y sugecion del colgajo con las superficies que se restauran, se consigue por medio de los puntos de sutura cruenta, aunque á veces se ayuda y favorece esta con la seca. Más no todos los cirujanos están acordes sobre la especie de sutura que conviene aplicar. Dieffenbach hacia una sutura simple de puntos muy próximos, y Mr. Velpeau que há sido testigo de su practica dice que le parece preferible á la sutura ensortijada y á los puntos de sutura á gran distancia.

Malgaigne aconseja las suturas finas y multiplicadas. Chassaignac cree que se abusa de la sutura ensortijada y recomienda la sutura entrecortada con los hilos metálicos de Marion Sims.

Mayor aun es la divergencia que existe entre los prácticos, acerca del tiempo que há de permanecer aplicada la sutura. Chassaignac quiere que se la retire pasadas veinte y cuatro horas, mientras que Sedillot dice hán de permanecer aplicados los alfileres de la sutura ensortijada, hasta que se presente algo de supuracion en los

mismos puntos de sutura. Aquí creemos que tanto la eleccion de la especie de sutura, como el tiempo que há de permanecer aplicada, se deben dejar a la sagacidad y buen criterio del profesor; porque las reglas que algunos quieren hacer generales no son aplicables en todos los casos.

Despues de estas breves consideraciones generales, sin detenernos en la importancia fisiológica de los labios, tanto en las funciones de relacion como en las de nutricion, solo haremos notar que siendo el uso, tal vez mas importante, del labio inferior, el retener los líquidos en la cavidad bucal, debemos siempre que este falte en gran parte ó en totalidad tratar de restaurarle, afin de evitar la salida constante de la saliva, que tantos perjuicios puede acarrear al paciente.

Por dichas razones, despues de haber enumerado los planos anatómicos de la region labial, nos ocuparemos despues de la **Queiloplastia inferior.**

La estructura del labio se encuentra formada procediendo de dentro a fuera.

1º Por la mucosa que se continua con la ginjival y la ~~labial~~ del carrillo, y con la piel del borde libre del labio, que en este punto ni es piel ni es mucosa, y es muy pronunciada su adherencia; esta capa cubierta interiormente de epitelium pavimentoso, se continua hácia fuera por medio de una laminilla muy delgada de tejido celular con la 2ª capa, glandulosa, formada por gran número de glandulitas arracimadas, que se perciben con facilidad al través de la mucosa; se han llamado glándulas salivales labiales. 3ª la capa musculosa formada en el labio superior, por los músculos, elevador superficial, elevador profundo y cigomático menor; en el labio inferior por el músculo cuadrado de las comisuras: en las comisuras por los músculos cigomático mayor, canino, triangular de los labios y risorio de Santorini, y por los músculos bucinador, orbicular de los labios, semiorbicular superior, semiorbicular inferior, comunes a ambos labios y comisuras. En esta capa se encuentran las arterias coronarias de los labios, y la arteria barbal ó dentaria inferior

4ª la capa cutánea constituida por la piel, que es bastante fina y se halla íntimamente adherida a los músculos, se encuentra cubierta de pelos en el

adulto en todo el labio superior; y en la fosita que presenta el inferior.

Restauracion del labio inferior.

Dice Nelaton, que cuando los labios han sido destruidos a consecuencia de una afeccion cancerosa, de un lupus, de una herida, de una gangrena, ó de otra causa cualquiera, se puede corregir la deformidad por medio de la Autoplastia. Ningun órgano se presta mejor a este género de operacion; libres, delgados y estensibles, pueden ser estirpados parcial ó totalmente y ser reparados con la mayor facilidad a espensas de la piel inmediata.

Por esta razon se há considerado con fundamento la restauracion de los labios como la parte mas avanzada de la Autoplastia; no solo bajo el punto de vista de la sencillez del manual operatorio, sino bajo el de la regularidad de las formas que proporciona.

Para la Cheiloplastia, el único método Autoplástico, puesto en práctica en la actualidad, es el Francés, empleandose tambien pero muy raras veces el Indiano, y a este se refieren, aunque modificados por sus inventores, los procedimientos de Sedillot y de Stein.

Método Indiano.

Procedimiento de Sedillot= Separa el labio inferior por medio de tres incisiones, dos laterales verticales que parten de las comisuras y una inferior trasversal, que une las dos anteriores, se diseca el labio circunscrito por estas incisiones. Se sacan dos colgajos laterales de forma cuadrilátera prolongada, para lo cual no hay mas que prolongar verticalmente las incisiones laterales hechas al principio, por fuera de estas y un poco por encima de la comisura labial, se hace a uno y otro lado una incision vertical que inferiormente se prolonga hasta el nivel inferior de las dos incisiones antedichas, y cuyos estremos se reunen a favor de una incision trasversal, resultando de esta manera un colgajo grueso de anchura proporcionada, cubierto interiormente de mucosa, formado a espensas de los tejidos del carrillo

y partes laterales é inferiores de la cara; obtenidos de esta manera los colgajos, se les tuerce hácia dentro y arriba uniendo los colgajos entre sí por su parte inferior, haciendose los bordes internos de estos superiores y los externos inferiores.

Procedimiento de Stein, llamado tambien método indio en varios tiempos= Este práctico, refiere en una memoria un caso de Queiloplastia inferior, por medio de un colgajo del superior.

La pérdida procedia de una extirpacion de una degeneracion del labio inferior, que ocupaba tambien la parte superior de la barba, quedando tan solo en estado normal una pequeña porcion hácia los angulos. Toda la degeneracion quedó comprendida entre dos incisiones que formaban una V. Quitado el mal, se disminuyó la estension de la herida por tres puntos de sutura ensortijada, empezando por el angulo inferior. En seguida en lugar de tirar de los labios de la herida restante para obligarlos a reunirse, se tomó un colgajo del labio superior. Se le separó de las encias cortando el frenillo y disecando un poco, despues se formó un colgajo triangular, atravesando el labio con un bisturí recto, encima del borde libre, de modo que quedase intacta la arteria coronaria. Las incisiones se hicieron convergen hácia el tabique de la nariz para formar un colgajo triangular, cuya base adherente correspondia al labio, y el vértice que se podia desprender, terminaba en el subtabique nasal. Este colgajo se dividió en seguida en dos por medio de una incision que partia del vértice y que cortaba hácia abajo, todo el labio. Se forman pues dos colgajos, cuya vida está asegurada por su base.

Uno y otro, se bajan y vuelven, de modo que llenan el vacio que hay en el labio inferior. Los dos angulos salientes de los colgajos, se fijaron por medio de una aguja en el angulo reintrante de la pérdida de sustancia.

Se fijó en los labios de esta herida, el borde de cada colgajo, que siendo interno se hizo externo al volverlo.

Se emplearon al efecto, para cada lado cuatro puntos de sutura empezando hácia abajo; los dos superiores unian la mucosa de los colgajos con el resto de la mucosa del labio inferior. Ya está egecutado el primer tiempo de la operacion; se vé que hay tres boquetes, dos laterales y algo horizontales, y otro medio y vérti-

cal. Mr. Stein, dejó así el operado por espacio de veinte dias durante los cuales se le alimentó por medio de un tubo que pasaba por la hendidura media; trascurrido este tiempo, se cortaron los puntos rojos de ambos lados, donde los colgajos estaban unidos con el labio superior; quedaban de consiguiente dos labios leporinos traumáticos, uno en el labio superior y otro en el inferior, se refrescaron sus bordes y se les unió fácilmente, por medio de puntos de sutura.

Queiloplastia por el metodo Francés:

Comprende los procedimientos que a continuacion describimos y que se han dividido en tres grupos; 1º por deslizamiento, 2º por traccion y 3º por inclinacion.

Procedimientos por deslizamiento. Procedimiento antiguo; llamado de Franco, de Morry, = Se estirpan todos las partes enfermas a beneficio de dos incisiones que reuniendose por abajo, forman una V, se disecan los colgajos resultantes desprendiendoles de la cara anterior del maxilar, y se reunen los bordes de la herida en la línea media, a beneficio de la sutura ensortijada.

Procedimiento de J. N. Roux (de Saint Maximin). Este profesor separa todos los tejidos morbosos, ó regulariza la parte, haciendo una incision curvilinea de concavidad superior, estendida de una á otra comisura y aun más cuando es necesario; praticado este primer tiempo de la operacion, diseca de arriba abajo por uno y otro lado, la incision curvilinea antedicha, separando todos los tejidos que cubren el maxilar inferior, dejando tan solo el periostio, esta disseccion se continua hasta la region suprahioidea en caso necesario, disecada así, se encarga al enfermo que incline la cabeza hácia delante, lo cual favorece la elevacion de la especie de mandil, en el cual queda embolsada la parte media del hueso maxilar inferior.

Lisfranc y Morgan; han modificado este procedimiento operatorio, haciendo una incision vertical despues de haber separado con la línea curva todos los tejidos que sean necesarios, esta incision en la línea media favorece la disseccion de los dos colgajos que resultan, impide, el que el pús, saliva, &c. se deposite en la especie de bolsa que se forma siguiendo el procedimiento ante

rior, pero tiene la contra de que se tiene despues que emplear la sutura para reunir los bordes de la incision vertical

Procedimientos por traccion = Procedimiento de Chopart = Este procedimiento saca la piel de la barba y aun de la region suprahioidea, para ello hace dos incisiones verticales, paralelas entre sí que parten de uno y otro lado del labio ó de las mismas comisuras, y las prolonga por debajo de la barba hasta llegar si es necesario al borde superior del hioides; diseca de arriba abajo la piel comprendida entre ambas incisiones, hasta el sitio que se cree necesario, separa despues los tejidos morbosos por medio de una incision trasversal, manda al enfermo que incline la cabeza hácia delante, eleva el colgajo y le sostiene por medio de puntos de sutura y aplica el apósito conveniente para mantener el contacto y posicion de las partes. La disección debe hacerse, de manera que se conserve al maxilar el periostio, y aun algo de los tejidos adyacentes, con el fin de que se verifique despues la adhesion de estos con la superficie interna del colgajo.

Procedimiento de Malgaigne = Este autor há presentado un procedimiento que segun el reune ventajas sobre todos los demás, puesto que permite reparar las pérdidas de sustancia mas considerables y obtener un labio movible.

Este profesor estirpa en primer termino todas las partes degeneradas, sea por medio de una incision en V, como en el procedimiento antiguo, sea por dos incisiones verticales que bajen hasta la base del hueso maxilar, y que en aquel punto se reunan por otra incision trasversal.

En el primer caso se obtendrá una pérdida de sustancia triangular y entonces convendrá prolongar por uno y otro lado los angulos de la boca á beneficio de una incision trasversal, disecándolos de modo que resulten dos colgajos triangulares. Se reunen los bordes verticalmente en la línea media con puntos de sutura, y en cuanto al labio superior se cose igualmente todo lo que excede a las dimensiones que debe tener el labio con el otro borde de la incision horizontal.

En el segundo caso la pérdida de sustancia es cuadrilátera, y a las dos incisiones que prolongan las comisuras, es preciso añadir otras dos paralelas que costean la base del

maxilar inferior, pudiendose de esta manera obtener por la disseccion dos colgajos laterales cuadrilateros que se reunen mútuamente en la línea media, y con las otras incisiones en la estension conveniente.

Procedimientos por inclinacion = Procedimiento de Buchanan:

Se practica una incision en V, cuyas ramas partiendo de las comisuras de la boca vengan a reunirse por debajo del surco mento-labial. De este modo se circunscriben las partes degeneradas y se estirpan. En seguida se prolongan las dos primeras incisiones hácia el borde inferior de la mandíbula de modo que representen una X.

Se hace caer sobre cada una de las estremidades de la X una incision horizontal de unos dos centímetros de longitud propimamente, se disecan y separan del periostio subyacente los colgajos que quedan a izquierda y derecha de la X, circunscritos por la misma X en union de las dos incisiones horizontales inferiores, y reuniendo por una sutura ensortijada, los bordes que forman la mitad inferior de la X ó sea una V invertida, resulta de ahí una traslacion horizontal de los bordes que forman la V superior ó mitad superior de la X, que vienen a formar y constituir el borde libre del labio.

Despues de practicada la sutura, queda por debajo y a cada lado de ella, un pequeño espacio triangular, que se cura simplemente. Guerin há descrito este procedimiento por espacio de mucho tiempo, atribuyendoselo a Syme, pero no era ese cirujano que lo inventó, y sí parece ser que su invencion es debida a Buchanan, segun refiere un profesor de Glascow.

Espuestos los Métodos y Procedimientos operatorios mas notables y que con mayor frecuencia se emplean al tratarse de la restauracion del labio inferior, me resta hablar de un procedimiento queiloplástico que a mi juicio reune mayor número de ventajas y de condiciones favorables para un buen exito, que los procedimientos anteriormente descritos. Me refiero Ilmo Señor a un procedimiento operatorio, ideado y puesto en práctica por uno de mis muy queridos Maestros, el Dr. Andrés de Laorden.

Este práctico, tan modesto como eminente cirujano, que há consagrado largos años de su existencia al estudio

y profundo conocimiento de la ciencia; y se há visto encanecer en una práctica tan honrosa cual escrupulosa observacion; emplea para la restauracion del labio inferior, cuando este se halla destruido en su totalidad ó en gran parte, el siguiente Procedimiento operatorio.

Procedimiento del Dr. Laorden = Se limita la degeneracion por una incision compuesta en V; estirpada la degeneracion, se prolonga de todo lo que se crea conveniente ó necesario, una de las incisiones, y digo de lo necesario, porqué el borde resultante de una de las incisiones primeras, y esta prolongacion, es el destinado a formar el borde libre del labio. A la terminacion de la incision prolongada, se practica otra incision que forme un ángulo agudo con ella y que proximamente venga a ser paralela al otro lado de la V que há quedado intacto.

Este es el primer tiempo de la operacion, que tambien puede modificarse algo, dibujando antes las incisiones con tinta ó llevandolas retratas en la memoria; formando de esta manera una de las ramas de la V, con la prolongacion, de un solo corte de bisturí, haciendo caer sobre esta incision la segunda rama de la V, se puede representar la figura de las incisiones por una Y algun tanto modificada, (Y) practicandose despues la otra incision ya dicha que há de partir de la parte inferior de la rama grande de la Y.

En seguida como segundo tiempo de la operacion, se procede a la diseccion del colgajo, que se halla comprendido entre la incision primitiva prolongada y la paralela a la otra tambien primitiva.

Disecado ya el colgajo, se le inclina hácia arriba y fuera, y sin violencia alguna, se pone en el lugar que há de ocupar. Entonces se emplean los puntos de sutura para la sugecion, y estos suelen ser dos puntos de sutura en ocho de guarismo; aplicando ademas un punto de sutura entrecortada para disminuir el espacio y favorecer la cicatrizacion del pequeño espacio triangular que queda en el punto de donde se há llevado el colgajo.

Los buenos resultados que se obtienen por medio de este procedimiento operatorio, son fáciles de comprender. Siendo la base ó parte esencial de toda operacion autoplástica, el colgajo: tantos mas resultados se alcanzarán, cuanto que este mismo reuna mejo

res condiciones, para su vitalidad.

En este último procedimiento, tenemos un colgajo triangular, de base muy ancha y que cuenta para su nutricion con la rama terminal de la maxilar inferior, y filetes nerviosos del trifacial para su escitacion. Ademas ~~como~~ su base ancha y poco movible, hace que la retraccion sea menor que en otros casos y tambien que haya menos deformidad. Habiendo tenido la ocasion de ver poner en practica este proceder Queiloplástico, despues de la estirpacion de un tumor maligno, que ocupaba más de las cuatro quintas partes del labio inferior; puedo decir que a pesar de ser el operado un hombre anciano y por consiguiente no estar en las mejores condiciones para una operacion de esta clase, al decimo octavo dia de la restauracion, estaba completamente curado, y el nuevo labio sustituia lo mejor que podia esperarse al labio natural.

Es indudable, que este procedimiento aventaja al Sedillot, en primer lugar por tener este último dos colgajos que ademas son cuadrilateros, de pedículo poco ancho y que sufre una torsion y traccion que muchas veces bastan para producir la mortificacion de los colgajos ó parte de ellos.

El procedimiento de Stein, a la verdad muy ingenioso y que está fundado en que al restaurar un órgano, siempre debe tratarse de hacerlo con un tejido análogo ó enteramente igual al suyo a fin de que su foncionalidad se aproxime tanto mas a la normal cuanto sea posible; nos parece poco prudente y muy enojoso en su ejecucion. Si a esto añadimos lo poco generalizado que se encuentra este procedimiento operatorio, y el que si no se consigue la soldadura de los colgajos, en lugar de una, tenemos dos pérdidas de substancia que reparar; creemos preferible a este el empleado por el Sr. Laorden.

El procedimiento empleado por Roux, simplemente, ó el mismo modificado por Lisfranc y Morgan, no puede ponerse en parangon con el ya dicho del Sr. Laorden, porqué la práctica há demostrado q^e en la generalidad de casos, algun tiempo

despues de verificada la cicatrizacion del colgajo, es tál la retraccion sufrida por los tejidos, que viene a sér inútil la operacion practicada.

El empleado por Chopart, es tambien inferior al del que nos ocupamos, porqué aunque dicho operador no forma más que un colgajo, este es cuadrilátero, por lo tanto mas predispuesto a la mortificacion que uno triangular. La piel de la region suprahioidea que aunque bastante fina y extensible, cuenta con pocos vasos para su nutricion, suele a veces mortificarse, y otras sufre tal retraccion que no impide la salida de la saliva.

Si tan laudables resultados proporciona el proceder descrito por Malgaigne, qué no podremos esperar del puesto en práctica por el Sr. Laorden? Puesto que el de Malgaigne presenta siempre dos colgajos, sean estos triangulares ó cuadriláteros, que a la fuerza tienen que soportar una tirantéz proporcionada a la pérdida de sustancia que reemplazan, y de aquí sobreviene dificultad en la circulacion Ds.a lo que no sucede en el del que estamos hablando.

El procedimiento que a nuestro parecer se aproxima más al que encomiamos, es el descrito con el nombre de Buchanan, y vemos que tiene dos colgajos cuadriláteros mientras que el otro no tiene mas que uno triangular, solo que en el de Buchanan, los colgajos no sufren tal grado de tension que en los demas enunciados.

Termina implorando de nuevo vuestra indulgencia Ilmo Señor, el que por las mal coordinadas ideas que en este trabajo há emitido, há tratado de hacer ver las ventajas que presenta un procedimiento Queiloplástico puesto en práctica por un Cirujano español, sobre los demas conocidos hasta el dia.

Hé dicho.

Pedro Julio Robert y Baron

Madrid Mayo de 1873

F.ª 1.ª

F.ª 2.ª

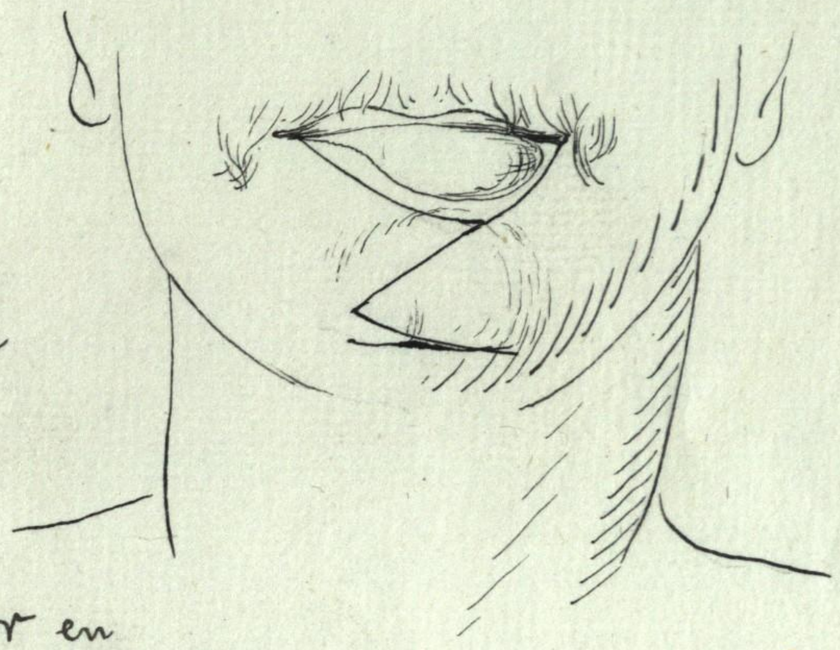
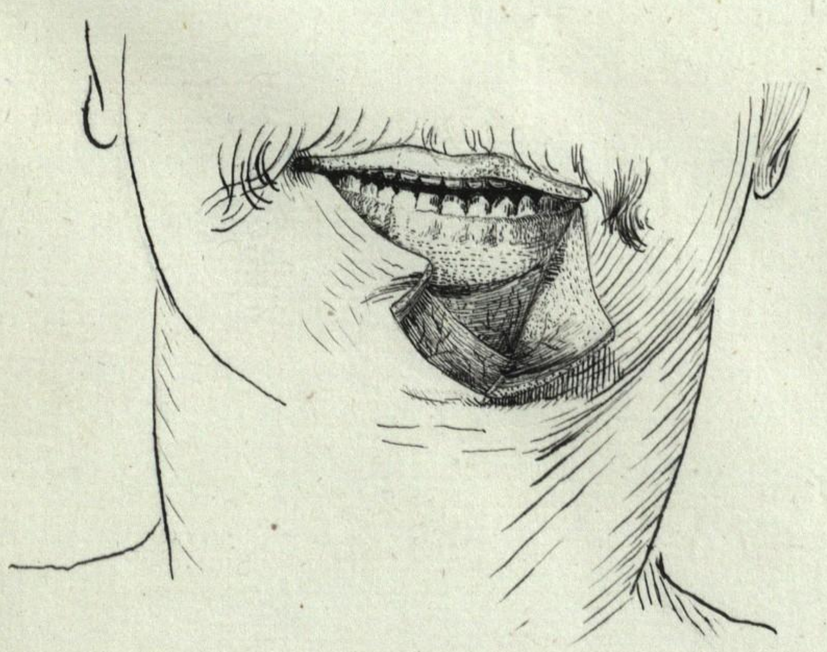
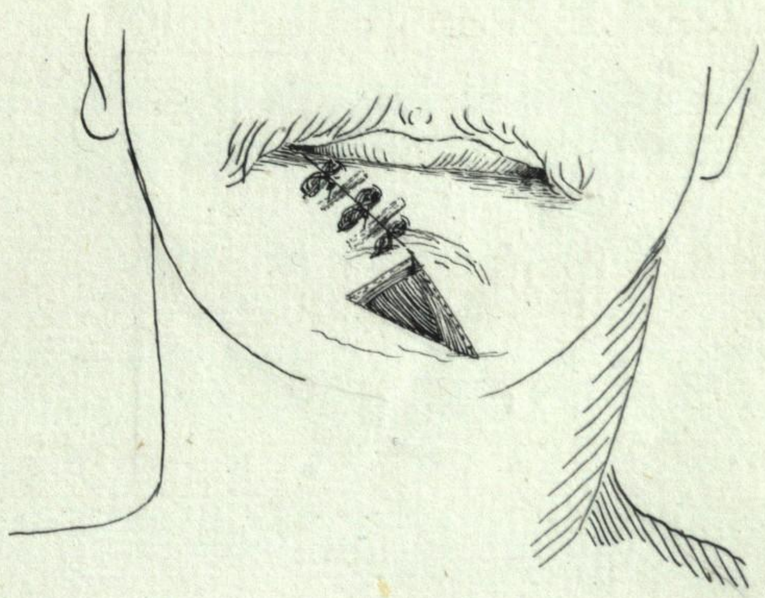


Lámina que representa: fig. 1ª el enfermo con su tumor en el labio inferior. fig. 2ª, se vén las incisiones que limitan el tumor y forman el colgajo. fig 3ª el tumor se há estirpado y se vé el colgajo disecado. fig. 4ª el colgajo está aplicado y forma el nuevo labio.

F.ª 3.ª



F.ª 4.ª



J. Roberts