

Año 1914

N.º 2864

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RINOPLASTIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE BASAVILBASO

Ex-practicante externo del Hospital Pirovano (1909)

Ex-ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública
(por concurso de examen 1910)
y del

Departamento Nacional de Higiene 1910

Ex-practicante menor interno del Hospital Pirovano por concurso (1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque por concurso (1912)

Ex-practicante mayor interno del Hospital San Roque por concurso (1913)

TALLERES GRÁFICOS DE LAFONT Y DOMÍNGUEZ

25 DE MAYO 87 - BUENOS AIRES



M. B. 24-12

RINOPLASTIA



Año 1914

N.º 2864

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RINOPLASTIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE BASAVILBASO

Ex-practicante externo del Hospital Pirovano 1909.

Ex-ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública
por concurso de exámen 1910.
y del

Departamento Nacional de Higiene 1910

Ex-practicante menor interno del Hospital Pirovano por concurso 1911

Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque por concurso 1912.

Ex-practicante mayor interno del Hospital San Roque por concurso 1913.

TALLERES GRÁFICOS DE LAFONT Y DOMÍNGUEZ
25 DE MAYO 87 - BUENOS AIRES



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

Dr. D. Antonio C. Gandolfo

VICE-PRESIDENTE

Dr. D. Luis Güemes

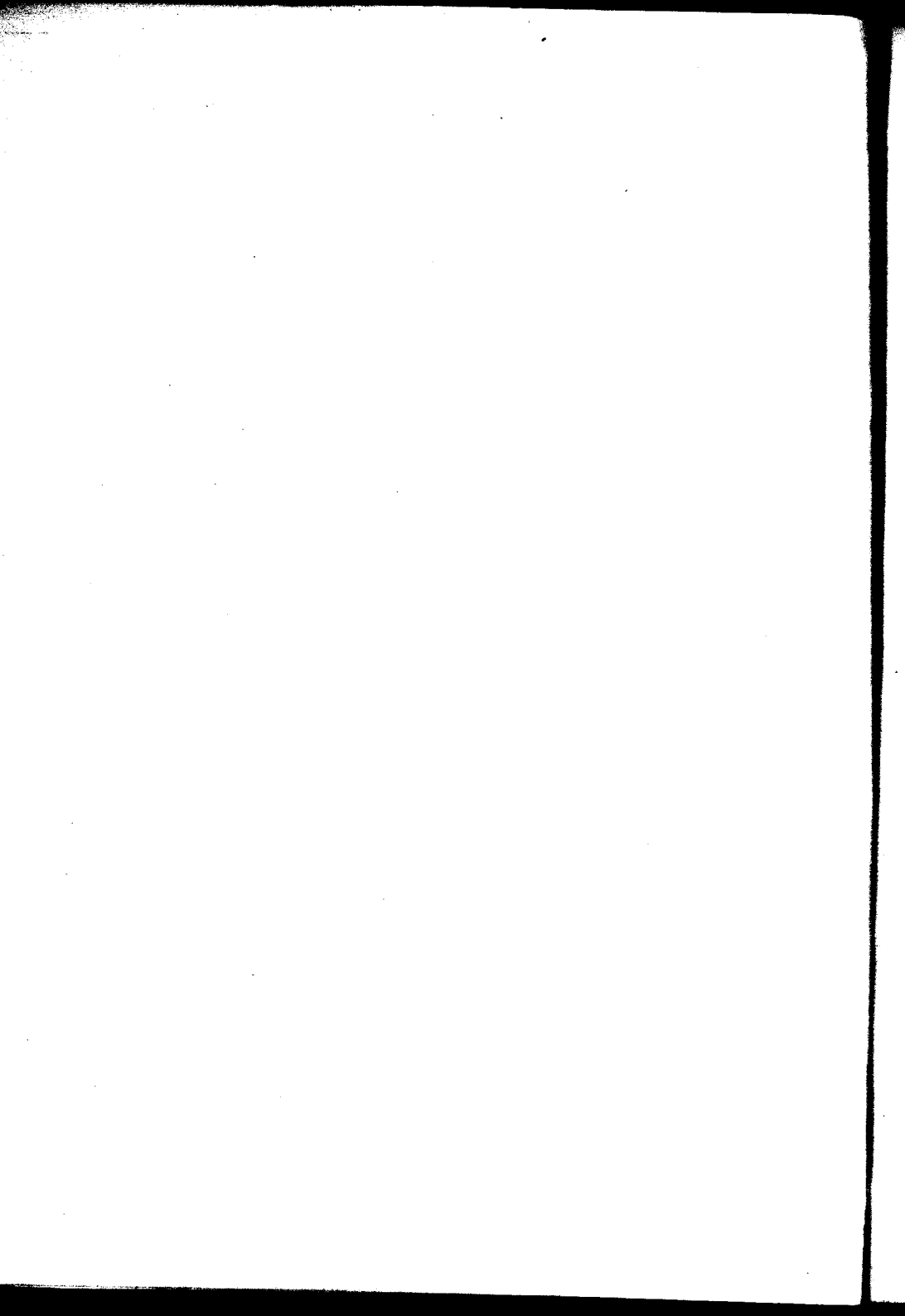
MIEMBROS TITULARES

- 1 Dr. D. José T. Baca
- 2 » » Eufemio Uballes
- 3 » » Pedro N. Arata
- 4 » » Roberto Wernicke
- 5 » » Pedro Lagleyze
- 6 » » José Penna
- 7 » » Luis Güemes
- 8 » » Eliseo Cantón
- 9 » » Enrique Bazterrica
- 10 » » Antonio C. Gandolfo
- 11 » » Daniel J. Cranwell
- 12 » » Horacio G. Piñero
- 13 » » Juan A. Boeri
- 14 » » Angel Gallardo
- 15 » » Carlos Malbran
- 16 » » M. Herrera Vegas
- 17 » » Angel M. Centeno
- 18 » » Diógenes Decoud
- 19 » » Baldomero Sommer
- 20 » » Francisco A. Sicardi
- 21 » » Desiderio F. Davel
- 22 » » Domingo Cabred
- 23 » » Gregorio Araoz Alfaro

SECRETARIOS

Dr. D. Daniel J. Cranwell

» » Marcelino Herrera Vegas

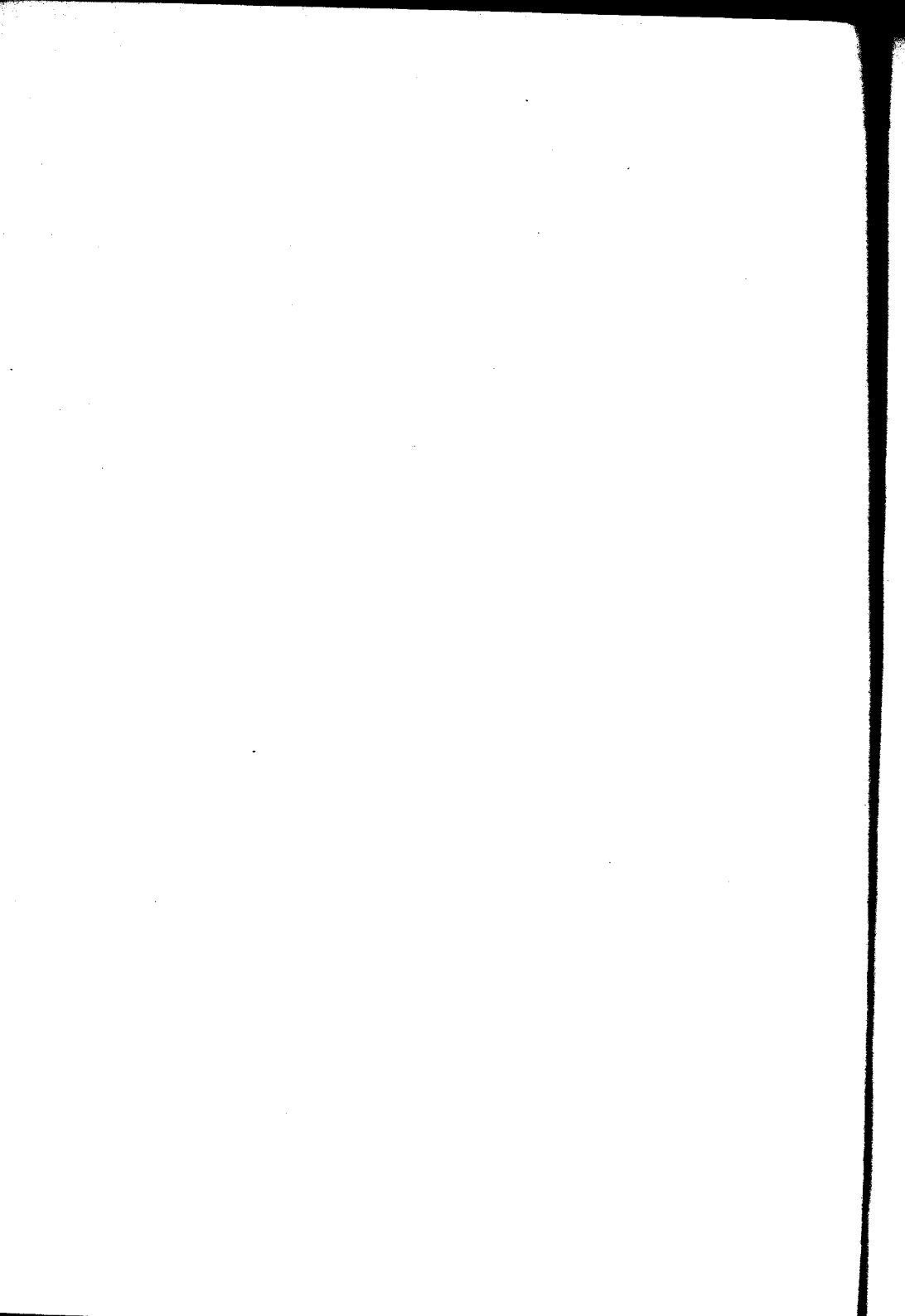


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

- 1 Dr. D. Telémaco Susini
- 2 » » Emilio R. Coni
- 3 » » Olhinto de Magalhaes
- 4 » » Fernando Widal



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Luis Güemes

VICE DECANO

Dr. D. Eduardo Obejero

CONSEJEROS

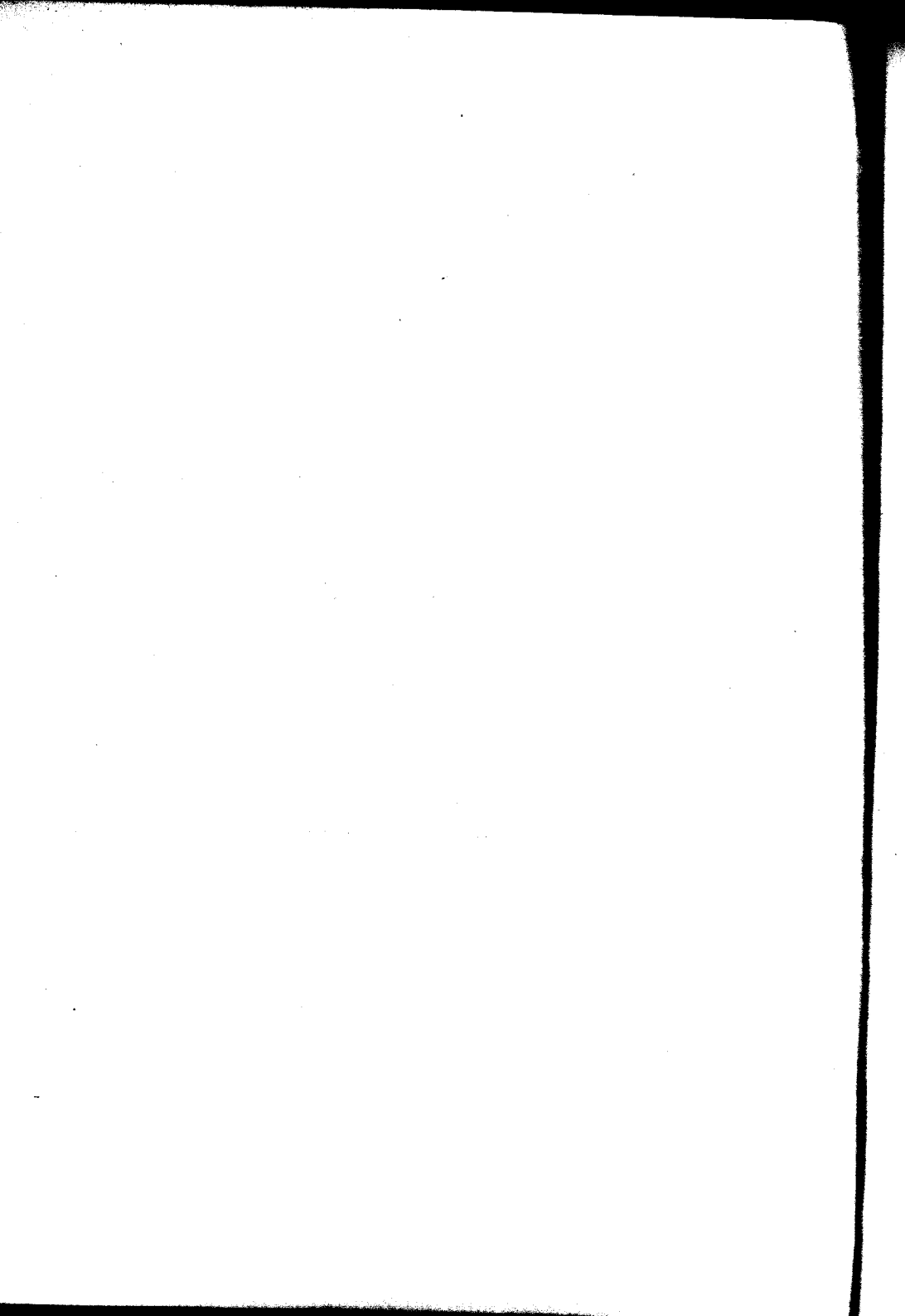
Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)

- » » Francisco Sicardi
- » » Telémaco Susini
- » » Nicasio Etehepareborda
- » » Eduardo Obejero
- » » Luis Güemes
- » » Enrique Bazterrica
- » » J. A. Boeri (Suplente)
- » » Enrique Zárate
- » » Pedro Lacavera
- » » Eliseo Cantón
- » » Angel M. Centeno
- » » Domingo Cabred
- » » Marcial V. Quiroga
- » » José Arce
- » » Abel Ayerza

SECRETARIOS

Dr. P. Castro Escalada (Consejo Directivo)

- » » Juan A. Gabastou (Escuela de Medicina)

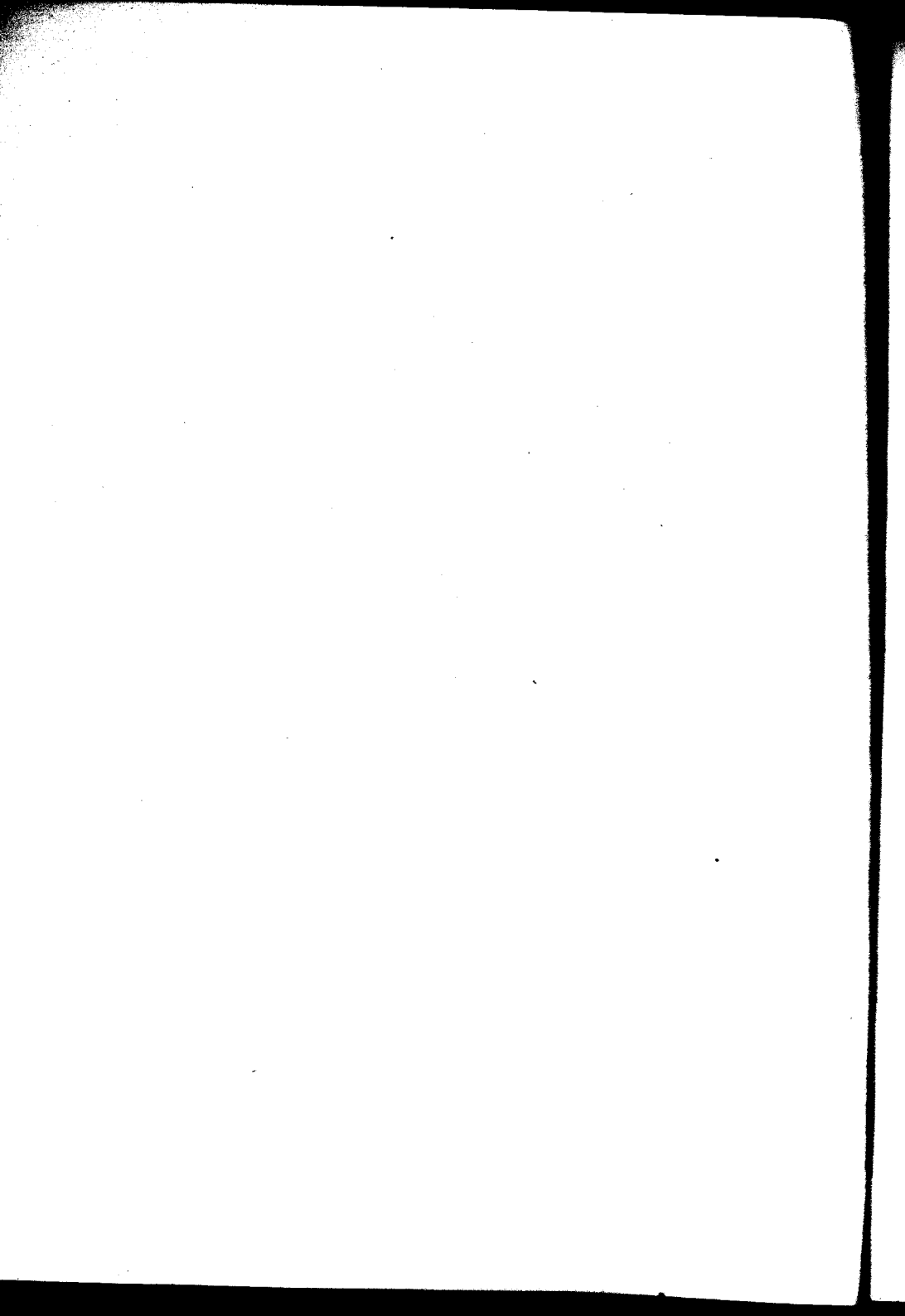


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

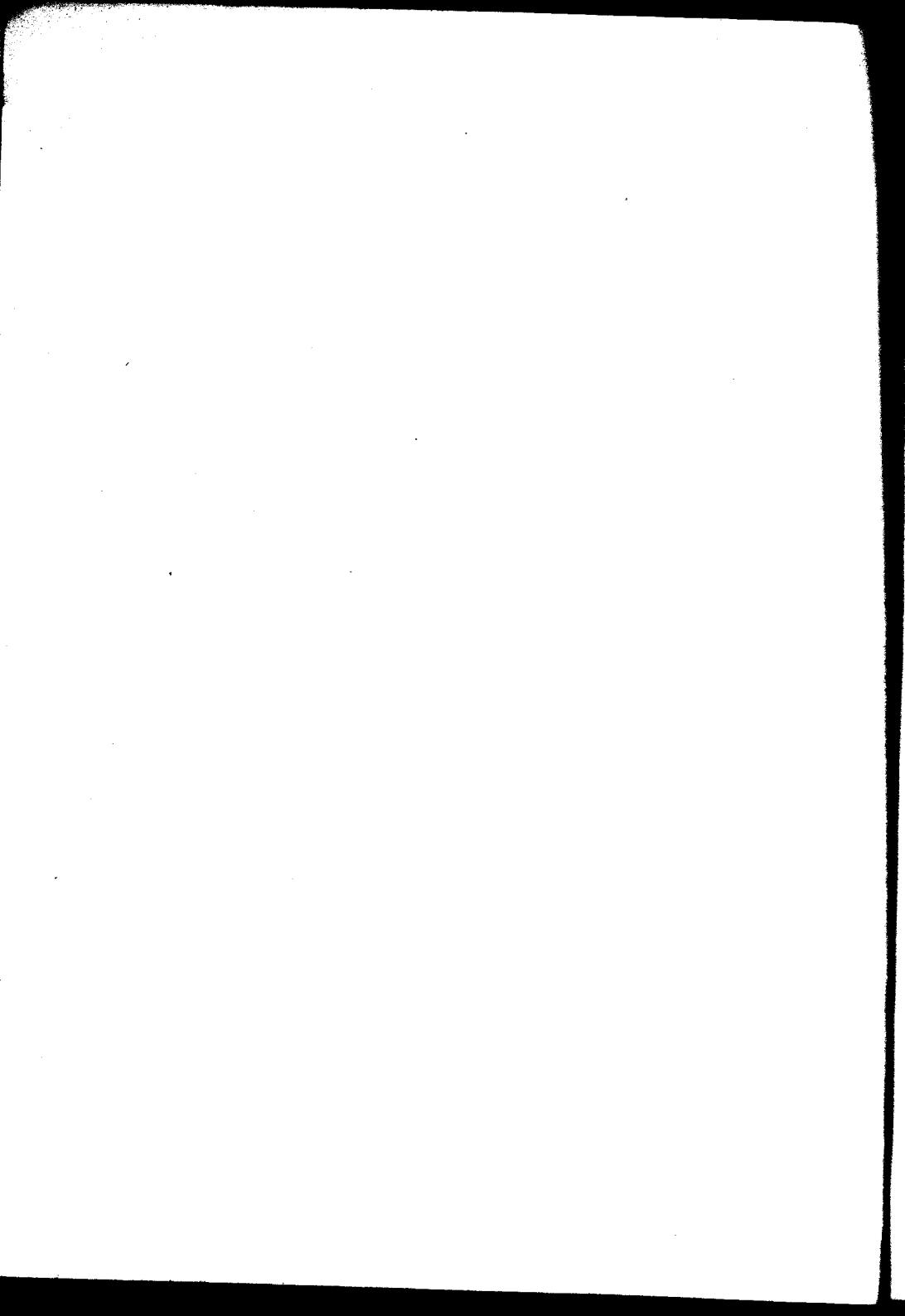
Dr. Roberto Wernicke

- » José T. Baca
- » Juvencio Z. Arce
- » P. N. Arata
- » F. de Veyga
- » Eliseo Canton



ESCUELA DE MEDICINA

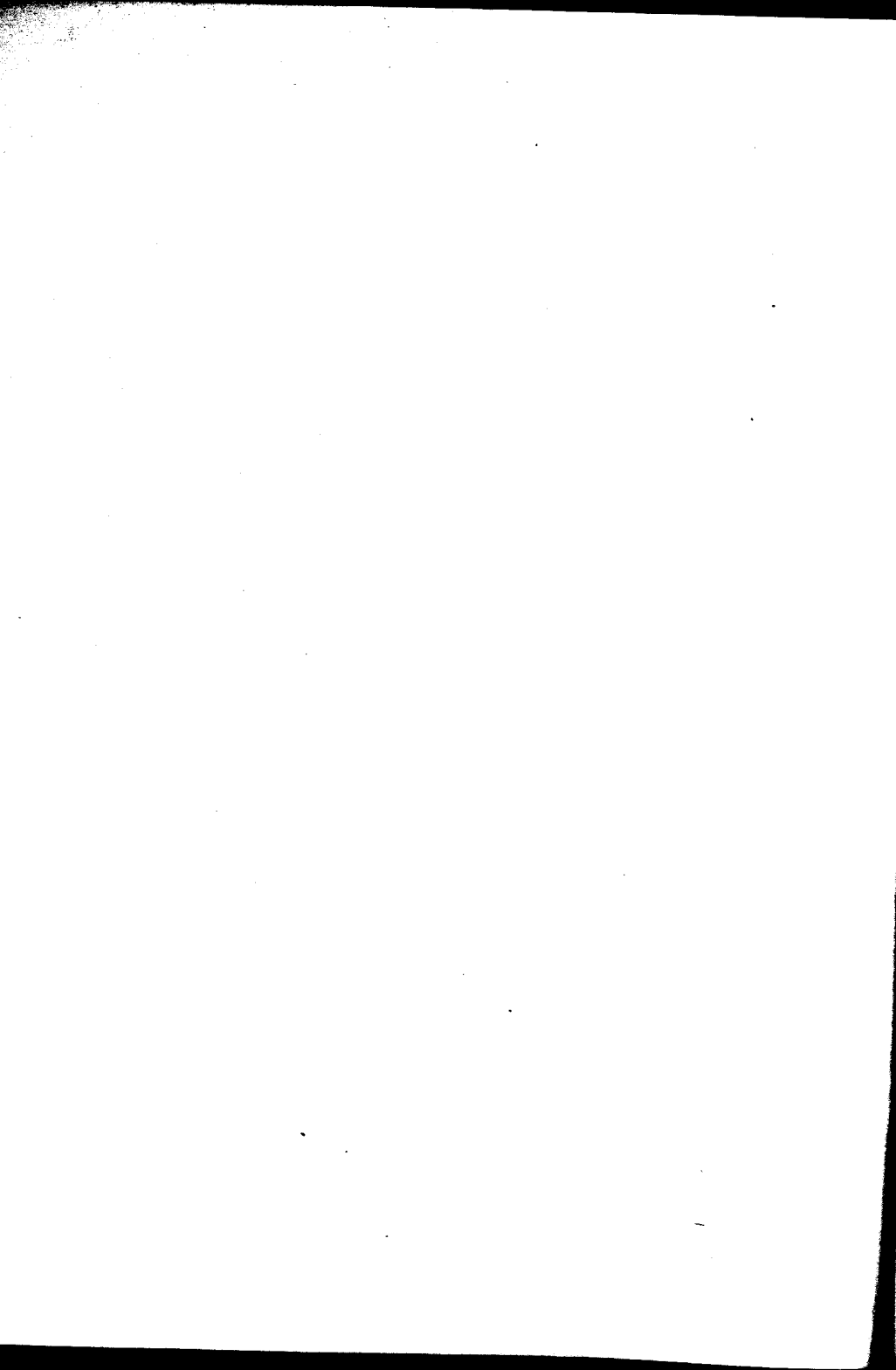
| <i>Asignaturas</i> | <i>Catedráticos Titulares</i> |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Zoología Médica..... | Dr. Pedro Lacavera |
| Botánica Médica..... | » Lucio Durañona |
| Anatomía Descriptiva..... | (» Ricardo S. Gómez |
| | (» José Arce (interino) |
| Anatomía Descriptiva..... | (» Joaquín López Figueroa |
| | (» Pedro Belou (interino) |
| Química Médica..... | » Atanasio Quiroga |
| Histología..... | » Rodolfo de Gainza |
| Física Médica..... | » Alfredo Lanari |
| Fisiología General y Humana..... | » Horacio G. Piñero |
| Bacteriología..... | » Carlos Malbrán |
| Química Médica y Biológica..... | » Pedro J. Pando |
| Higiene Pública y Privada..... | » Ricardo Schatz |
| Semiología y ejercicios clínicos..... | (» Gregorio Araoz Alfaro |
| | (» David Speroni |
| Anatomía Topográfica..... | » Avelino Gutierrez |
| Anatomía Patológica..... | » Télemaco Susini |
| Materia Médica y Terapéutica..... | » Justiniano Ledesma |
| Patología Externa..... | » Daniel J. Cranwell |
| Medicina Operatoria..... | » Leandro Valle |
| Clinica Dermato-Sifilográfica..... | » Baldomero Sommer |
| » Génito-uritarias..... | » Pedro Benedit |
| Toxicología Experimental..... | » Juan B. Señorans |
| Clinica Epidemiológica..... | » José Penna |
| » Oto-rino-laringológica..... | » Eduardo Obejero |
| Patología Interna..... | » Marcial V. Quiroga |
| Clinica Quirúrgica..... | » Pascual Palma |
| » Oftalmológica..... | » Pedro Lagleyze |
| » Quirúrgica..... | » Diógenes Decoud |
| » Médica..... | » Luis Güemes |
| » Médica..... | » Francisco A. Sicardi |
| » Médica..... | » Ignacio Allende |
| » Médica..... | » Abel Ayerza |
| » Quirúrgica..... | (» Antonio C. Gandolfo |
| | (» Marcelo T. Viñas |
| » Neurología..... | » José A. Esteves |
| » Psiquiátrica..... | » Domingo Cabred |
| » Obstétrica..... | » Enrique Zárate |
| » Obstétrica..... | » Samuel Molina |
| » Pediatría..... | » Angel M. Centeno |
| Medicina Legal..... | » Domingo S. Cavia |
| Clinica Ginecológica..... | » Enrique Bazterrica |



ESCUELA DE MEDICINA

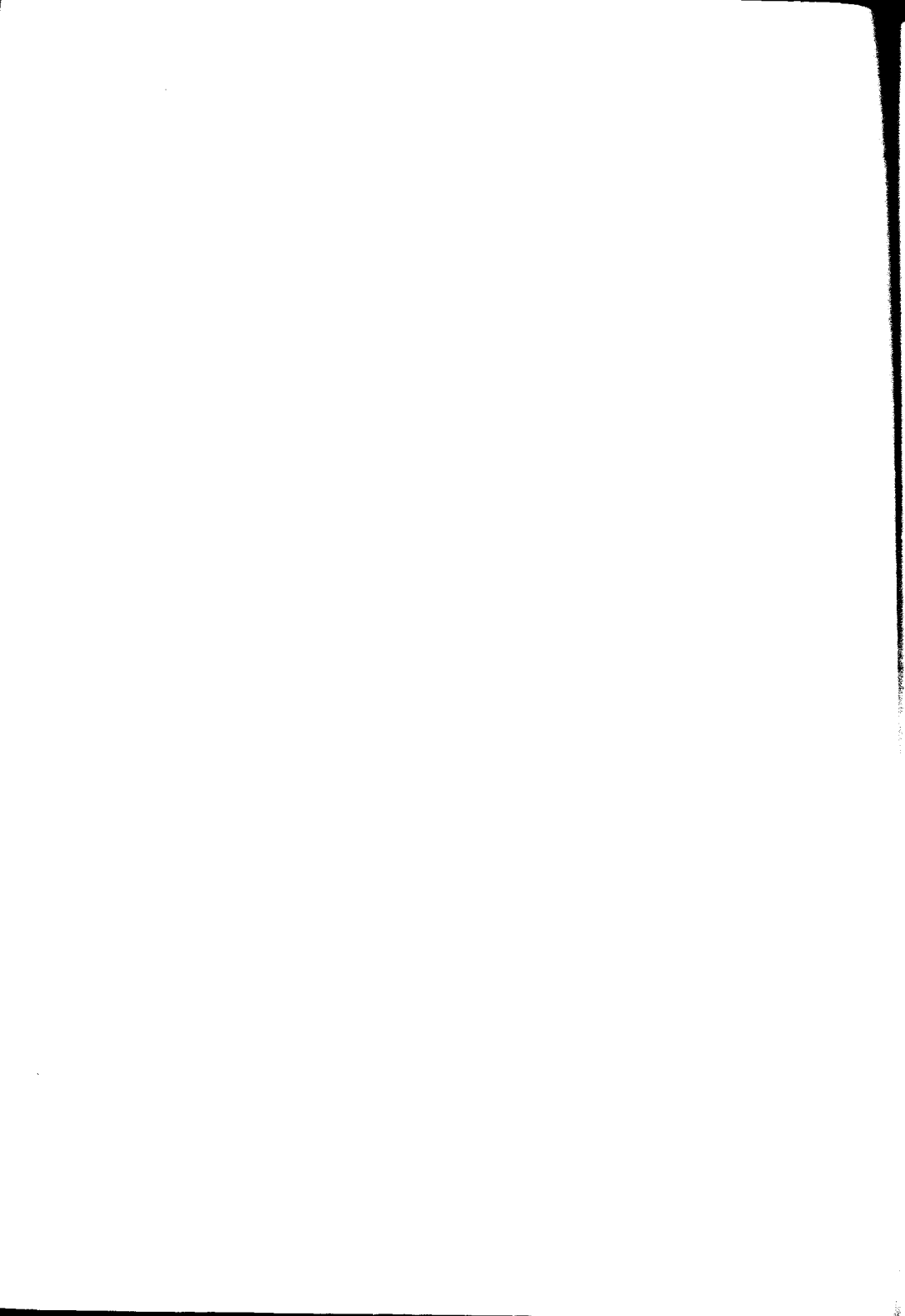
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

| <i>Asignaturas</i> | <i>Catedráticos Extraordinarios</i> |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Zoología Médica..... | Dr. Daniel J. Greenway |
| Física Médica..... | » Juan José Galiano |
| Bacteriología..... | » Juan Carlos Delino |
| | » Leopoldo Uriarte |
| | » Alois Bachmann |
| Anatomía Patológica..... | » José Badia |
| Clínica Ginecológica..... | » José F. Molinari |
| Clínica Médica..... | » Patricio Fleming |
| Clínica Dermato-sifilográfica..... | » Maximiliano Aberastury |
| | » José R. Semprún |
| Clínica Neurológica..... | » José A. Esteves |
| | » Mariano Alurralde |
| Clínica Psiquiátrica..... | » Benjamín T. Solari |
| | » José T. Borda |
| Clínica Pedriátrica..... | » Antonio F. Piñero |
| Clínica Quirúrgica..... | » Francisco Llobet |
| Patología interna..... | » Ricardo Colón |
| Clínica oto-rino-laringológica..... | » Eliseo V. Segura |



ESCUELA DE MEDICINA

| <i>Asignaturas</i> | <i>Catedráticos Sustitutos</i> |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Zoología Médica..... | Dr. Guillermo Seeber |
| Anatomía Descriptiva..... | » Pedro Belou |
| Botánica Médica..... | » Rodolfo Enriquez |
| Histología..... | » Julio G. Fernández |
| Fisiología..... | » Frank L. Soler |
| Bacteriología..... | » Alois Bachman |
| Higiene Médica..... | » Felipe Justo |
| Semiología y ejercicios clínicos..... | » Manuel V. Carbonell |
| Anatomía Topográfica..... | » Carlos Bonorino Udaondo |
| Anatomía Patológica..... | » Roberto Solé |
| Materia Médica y Terapéutica..... | » Carlos R. Cirio |
| Medicina Operatoria..... | » Joaquin Llambías |
| Patología externa..... | » José Moreno |
| Patología Dermato-sifilográfica..... | » Pedro Chutro |
| Patología Genito-urinaria..... | » Carlos Robertson |
| Clinica Epidemiológica..... | » Nicolás V. Greco |
| Patología interna..... | » Pedro L. Baliña |
| Clinica Oftalmológica..... | » Bernardino Maraini |
| Clinica Oto-rino-laringológica..... | » Joaquin Nin Posadas |
| Clinica Quirúrgica..... | » Fernando R. Torres |
| Clinica Médica..... | » Pedro Labaqui |
| Clinica Ginecológica..... | » Jorge L. Facio |
| Clinica Obstétrica..... | » Enrique B. Demaría |
| Medicina Local..... | » Adolfo Noceti |
| | » Juan de la Cruz Correa |
| | » Marcelino Herrera Vegas |
| | » José Arce |
| | » Armando R. Marotta |
| | » Luis A. Tamini |
| | » José M. ^a Jorgo (hijo) |
| | » Miguel Susini |
| | » Luis Agote |
| | » Juan José Vitón |
| | » Pablo Morsalino |
| | » Rafael Bullrich |
| | » Ignacio Imaz |
| | » Pedro Escudero |
| | » Mariano B. Castex |
| | » Pedro J. García |
| | » Manuel A. Santos |
| | » Mamerto Acuña |
| | » Genaro Sisto |
| | » Pedro de Elizalde |
| | » Jaime Salvador |
| | » Toribio Piccardo |
| | » Osvaldo L. Bottaro |
| | » Arturo Enriquez |
| | » Alberto Peralta Ramos |
| | » Faustino J. Tronçé |
| | » Joaquín C. Risso Dominguez |
| | » Joaquín V. Ginecco |

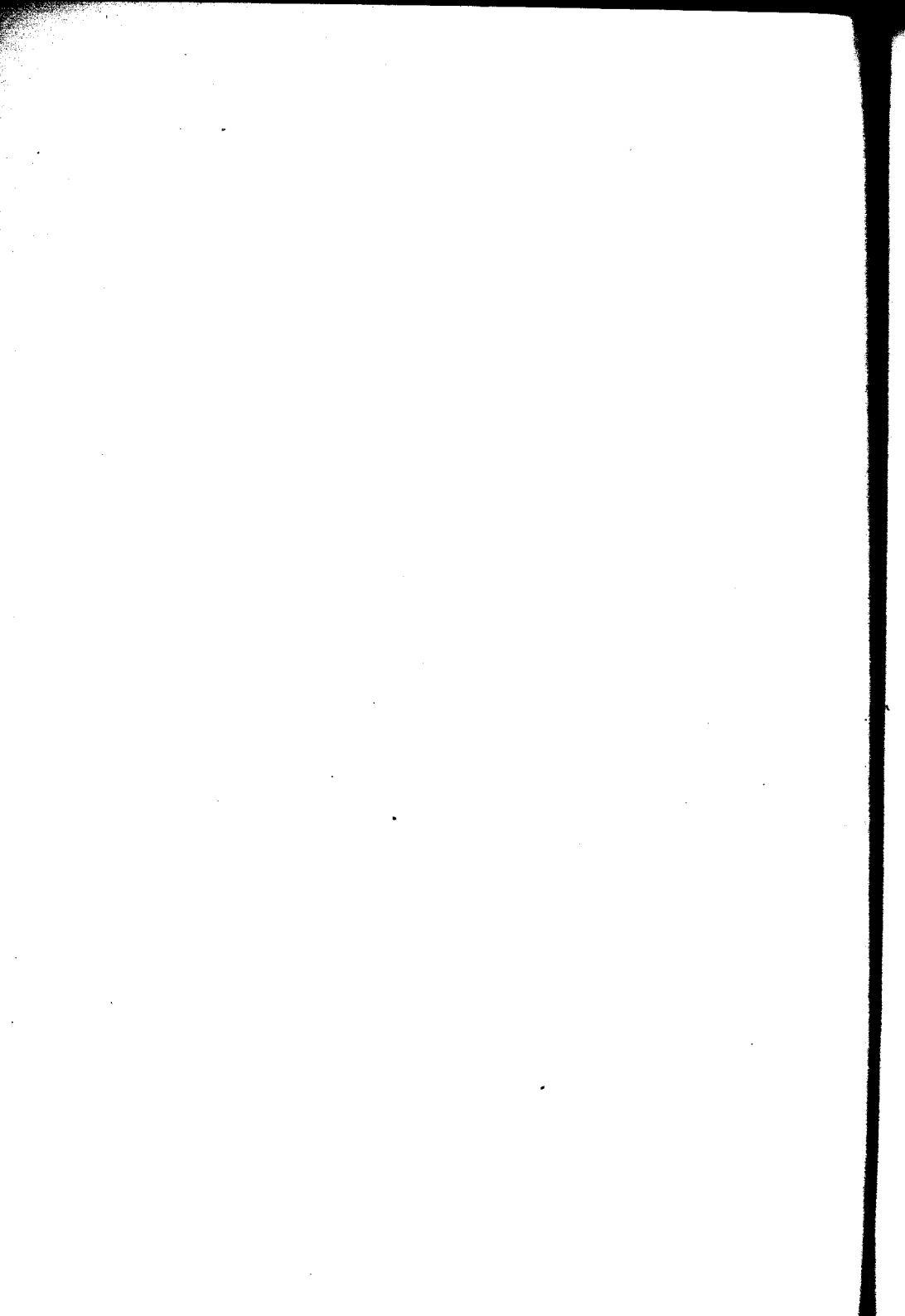


ESCUELA DE FARMACIA

| <i>Asignaturas</i> | <i>Catedráticos Titulares</i> |
|--|--------------------------------------|
| Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada..... | Dr. Angel Gallardo |
| Botánica y Mineralogía..... | » Adolfo Mujica |
| Química inorgánica aplicada..... | » Miguel Puiggari |
| Química orgánica aplicada..... | » Francisco C. Barraza |
| Farmacognosia y posología razonadas..... | » Juan A. Boeri |
| Física Farmacéutica..... | » Julio J. Gatti |
| Química Analítica y Toxicológica (primer curso)..... | » Francisco P. Lavalle |
| Técnica farmacéutica..... | » J. Manuel Irizar |
| Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..... | » Francisco P. Lavalle |
| Higiene, legislación y ética farmacéuticas..... | » Ricardo Schatz |

| <i>Asignatura</i> | <i>Catedrático Extraordinario</i> |
|--------------------------|--|
| Farmacognosia..... | Sr. Juan A. Domínguez |

| <i>Asignaturas</i> | <i>Catedráticos Sustitutos</i> |
|--|---------------------------------------|
| Técnica farmacéutica..... | (Sr. Pascual Corti |
| | (» Ricardo Roccatagliata |
| Farmacognosia y posología razonadas..... | » Oscar Mialock |
| Física farmacéutica..... | Dr. Tomás J. Rumi |
| Química orgánica..... | Sr. Pedro J. Mesigas |
| » analítica..... | » Juan A. Sanchez |
| » inorgánica..... | Dr. Angel Sabatini |



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos Titulares

| | |
|---|-------------------------|
| Parto fisiológico y Clínica Obstétrica..... | Dr. Miguel Z. O'Farrell |
| Parto distócico y Clínica Obstétrica..... | » Fanor Velarde |

Asignaturas

Catedráticos Sustitutos

| | |
|---|-----------------------|
| Parto fisiológico y Clínica Obstétrica..... | Dr. Ubaldo Fernandez |
| Parto distócico y Clínica Obstétrica..... | » J. C. Llames Masini |

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

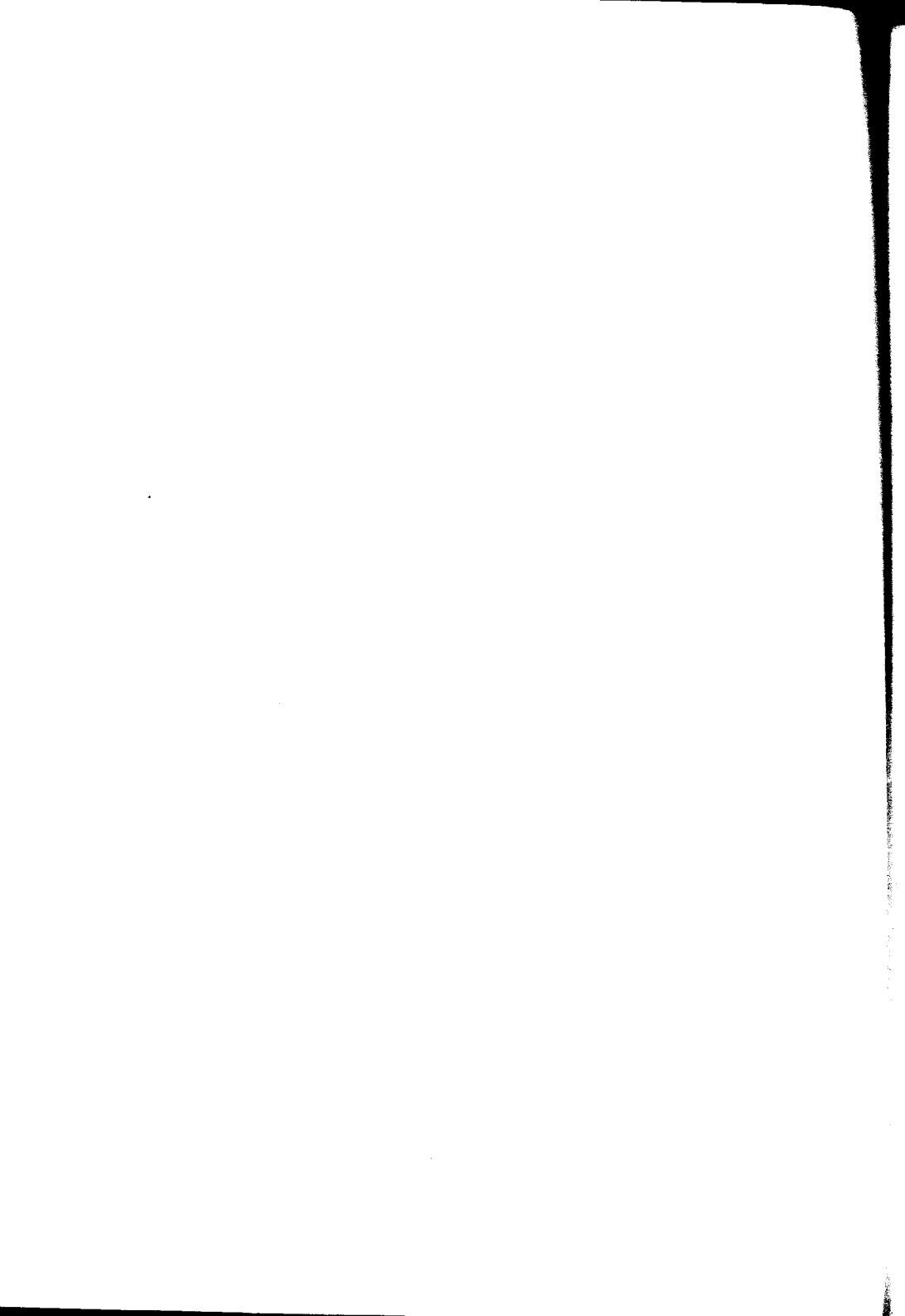
Asignaturas

Catedráticos Titulares

| | |
|----------------------|----------------------------|
| 1er. año..... | Dr. Rodolfo Erauzquin |
| 2.º año..... | » Leon Pereyra |
| 3er. año..... | » N. Etchepareborda |
| Protesis Dental..... | Sr Antonio J. Guardo (int) |

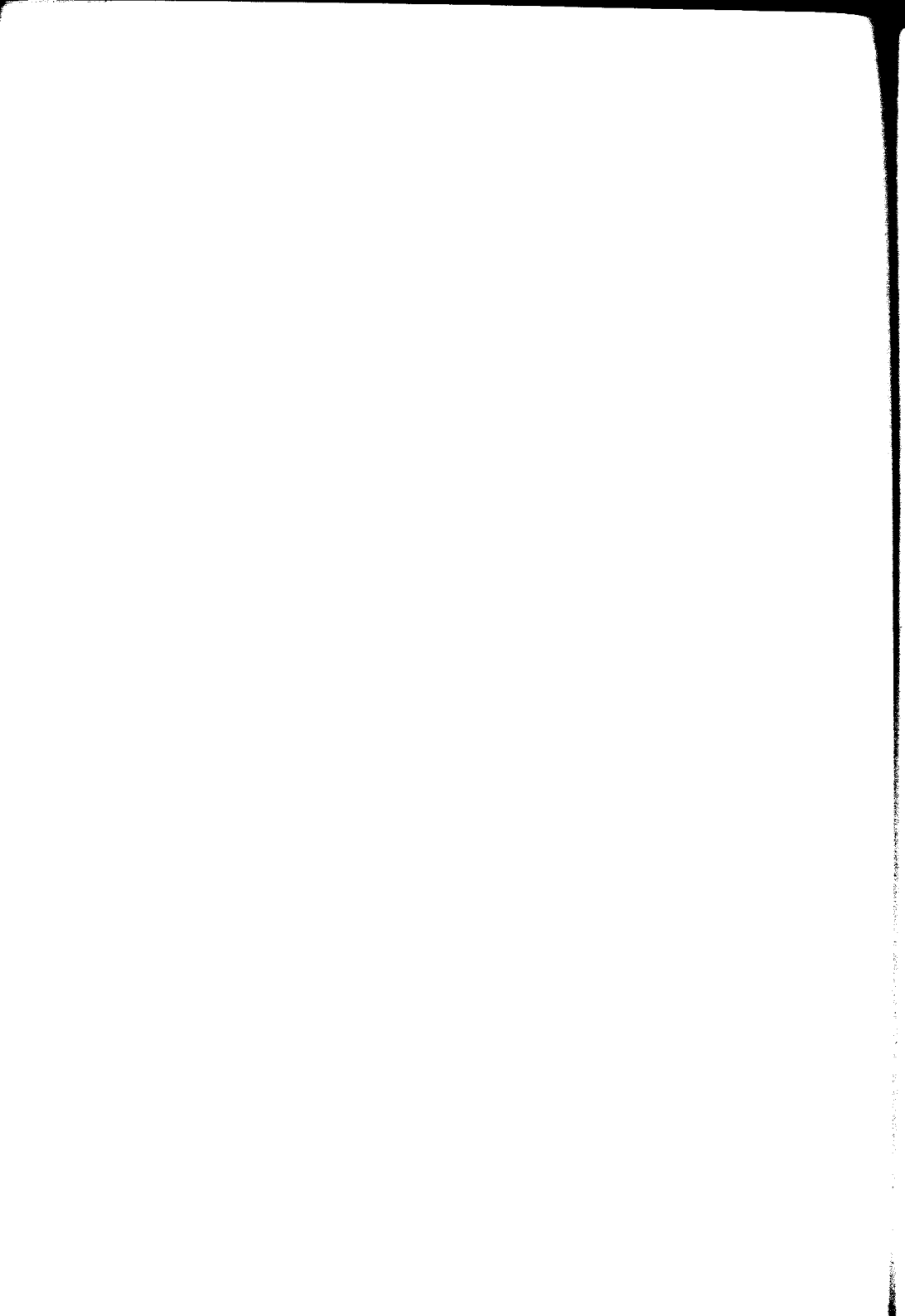
Catedrático Sustituto

Dr. Alejandro Cabanne



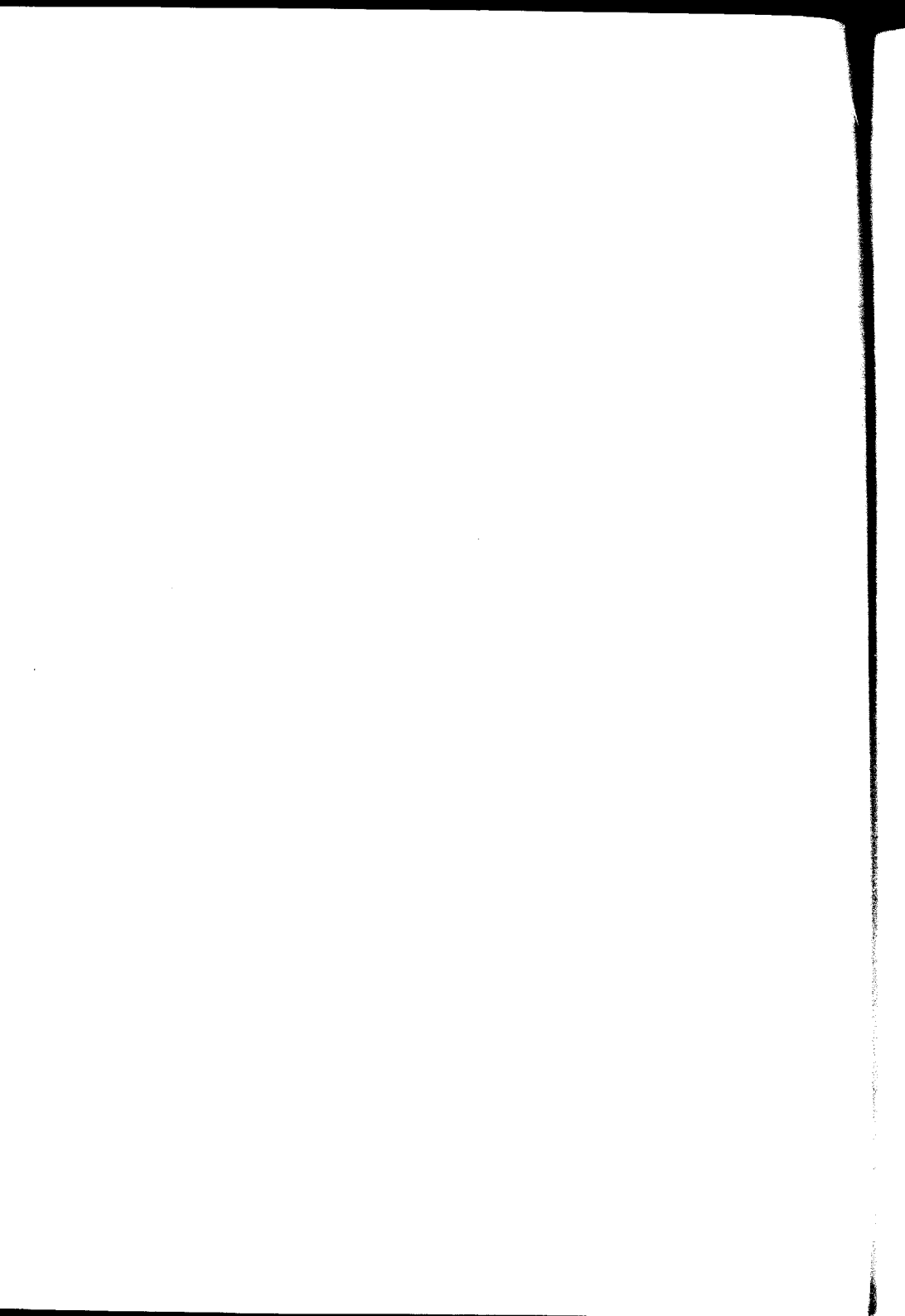
PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ELISEO V. SEGURA

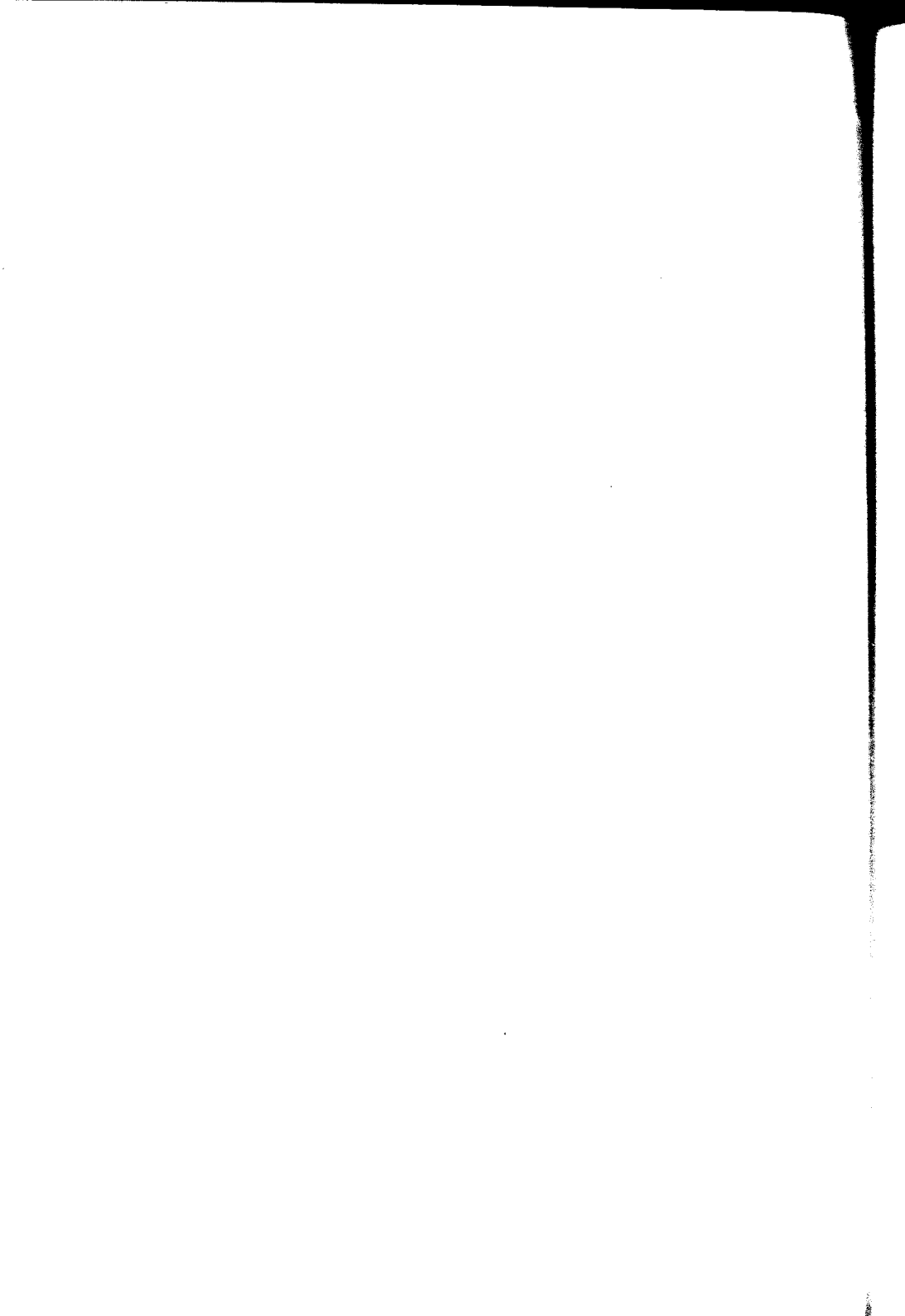


A MI SEÑORA

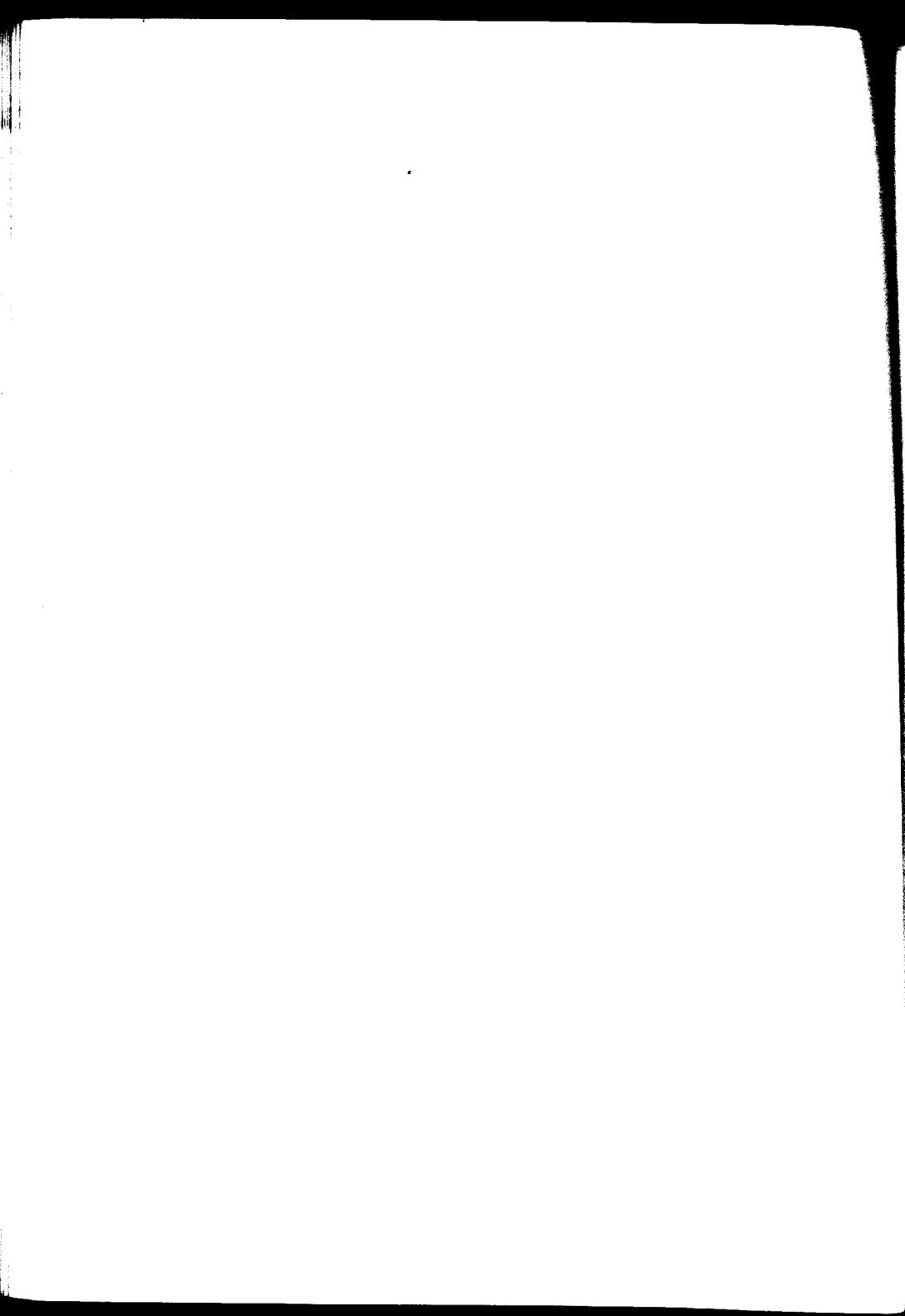
AURORA CHOUCIÑO DE BASAVILBASO



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



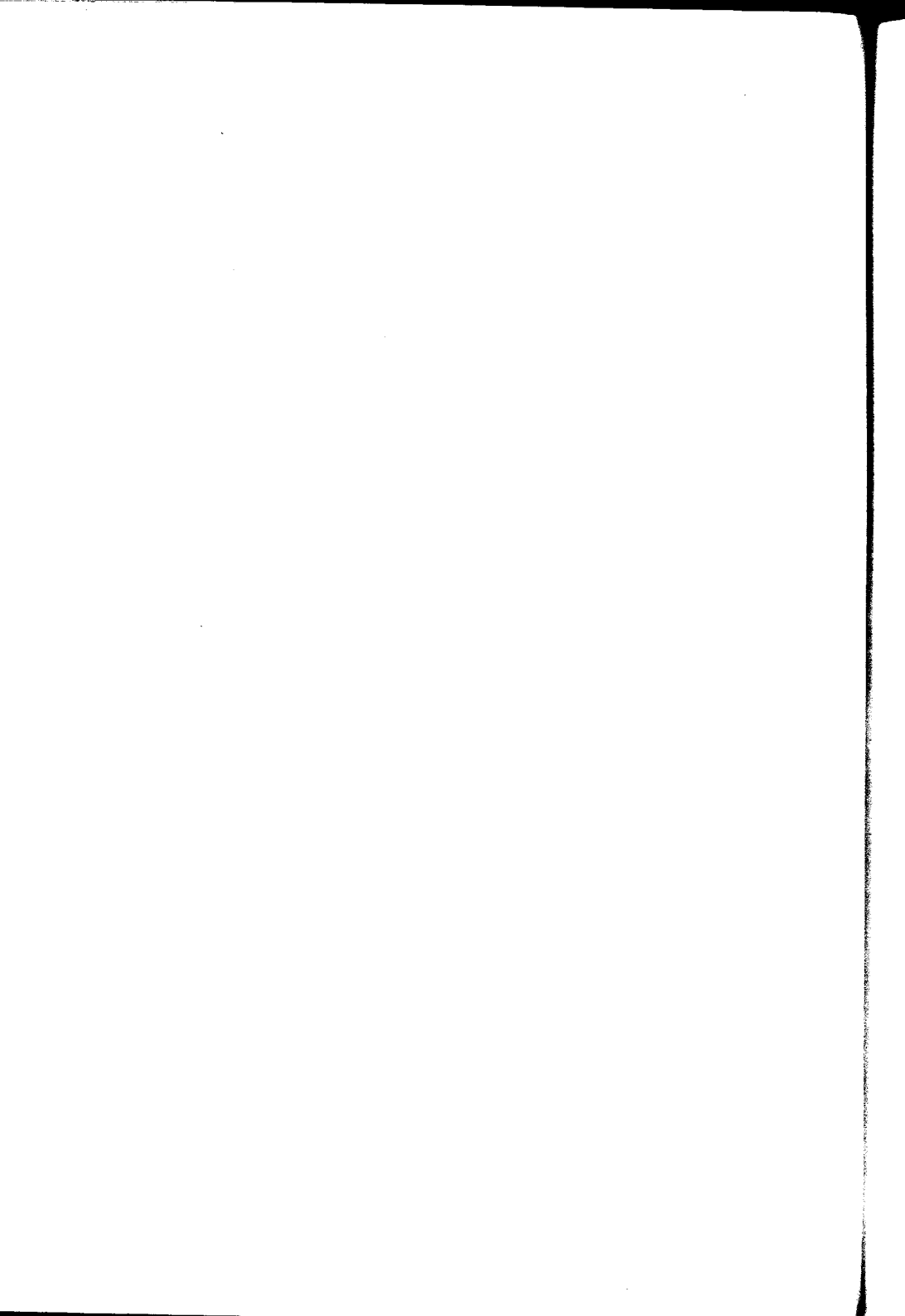
A MIS JEFES DE SALA DEL HOSPITAL SAN ROQUE

DOCTORES:

RICARDO A. NÖLTING

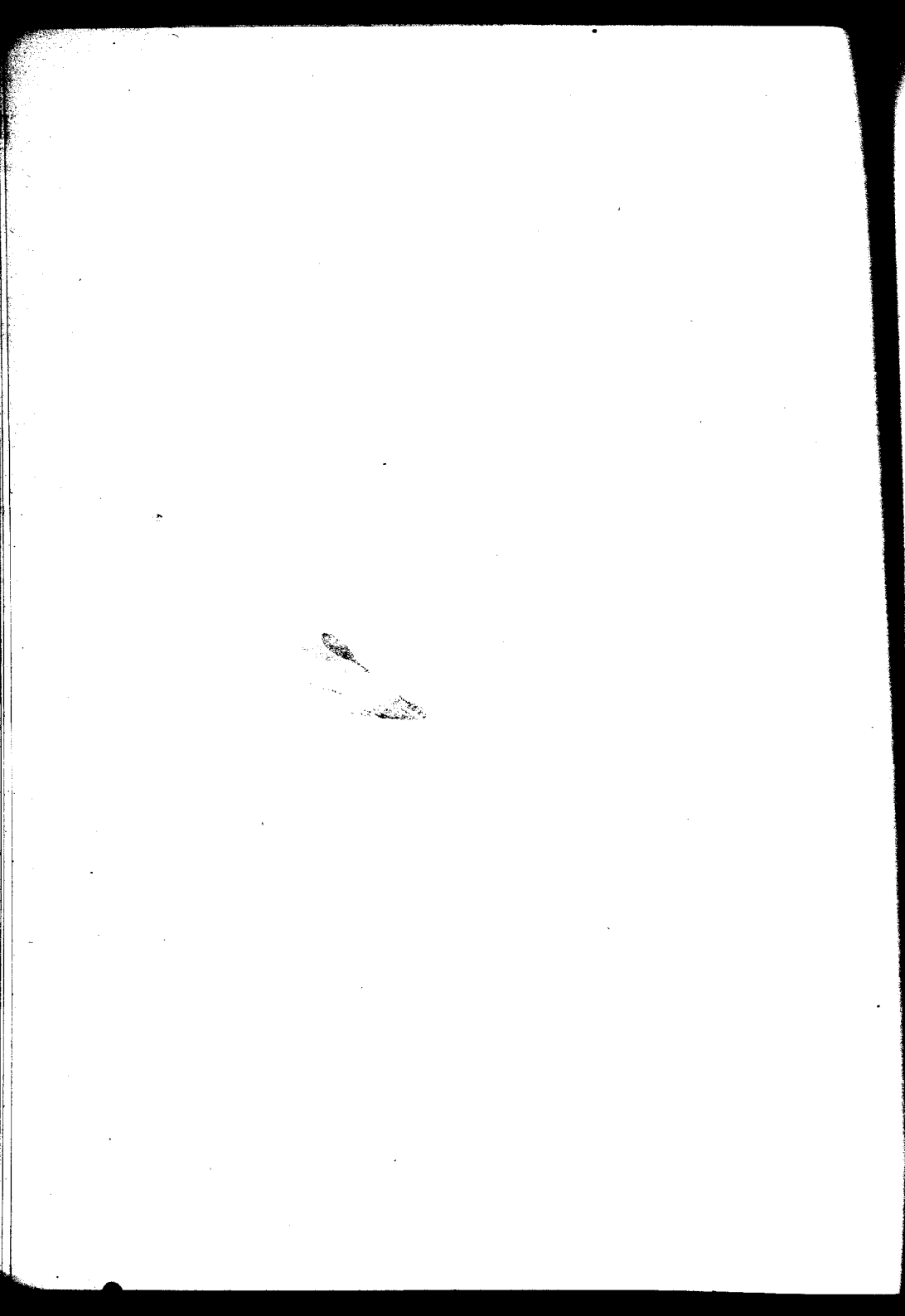
ANTONIO ZAMBRINI

DELFOR DEL VALLE (HIJO)



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE INTERINATO

DEL HOSPITAL SAN ROQUE



SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

He elegido este tema para mi tesis por dos motivos: 1.º por ser una cirugía que se hace poco y que por el contrario debería dedicársele mayor atención y; 2.º porqué la parte de injertos a distancia, ya es una cosa definitivamente adquirida con los progresos de la asepsia, factor principalísimo para estas intervenciones.

Sin pretender creer que los resultados sean ideales, creo que son muy superiores a los obtenidos con los métodos empleados hasta hoy; pues si bien es cierto que la nariz hecha con método indiano no es perfecta, siempre es preferible a un antro fétido y supurante, situado en medio de la cara como sucede en algunos enfermos. Eso en cuanto a las operaciones grandes; pues refiriéndose a las pequeñas reparaciones: nariz en selle, etcétera, los resultados son muy aceptables.

Denonvilliers decía de la rinoplastía: «El cirujano

no hace más que cambiar una enfermedad ridícula por una enfermedad desagradable».

Pero, hoy el concepto ha variado mucho, pues, como decía, dentro de la poca estética que puedan tener algunas operaciones, hay otras en cambio que, dan buenos resultados, tanto estéticos como funcionales y todos levantan la moral de estos enfermos siempre muy decaída.

Al abandonar la Facultad quiero agradecer a todos los maestros las enseñanzas recibidas durante los años que he pasado en ella.

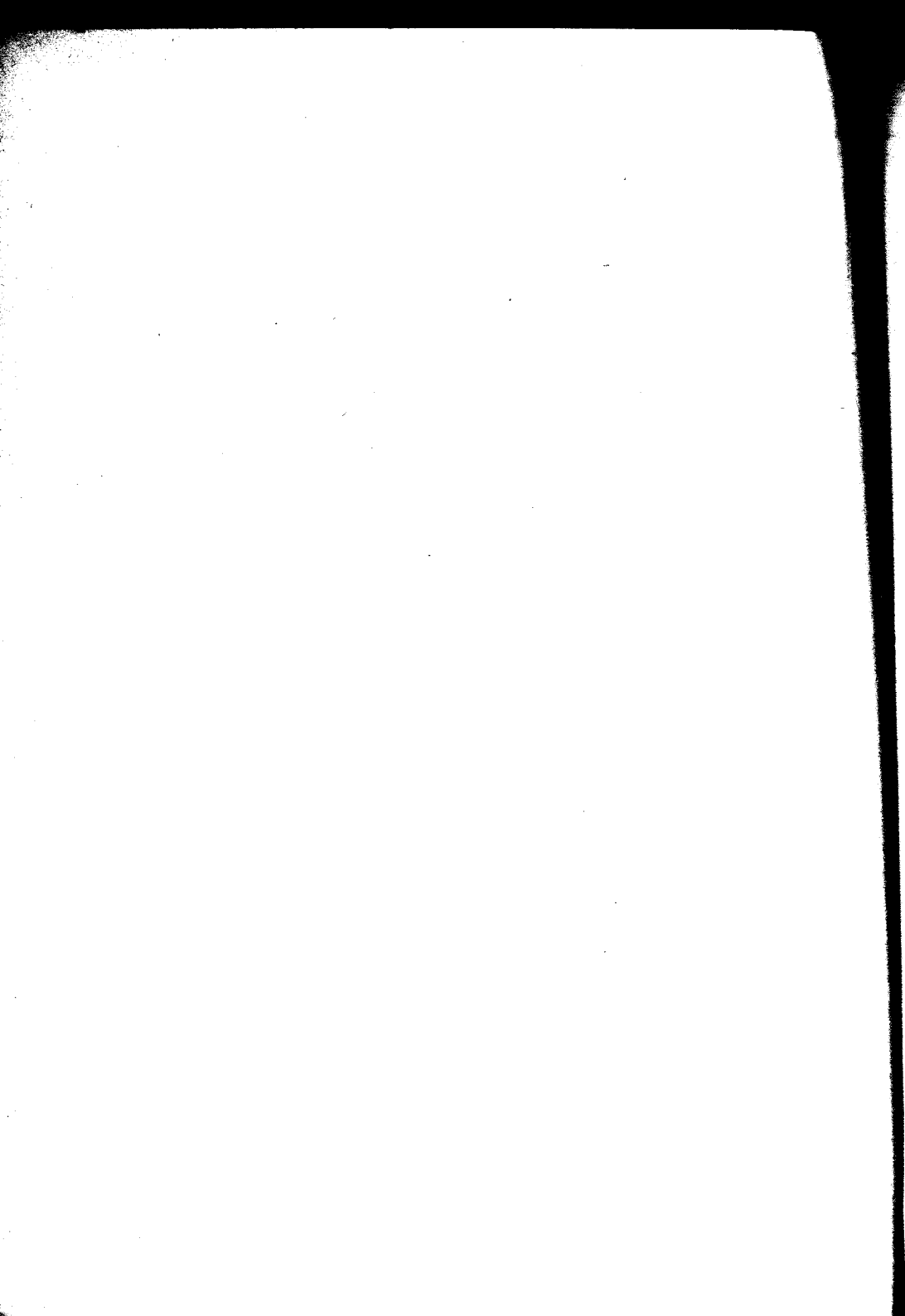
A los doctores Ignacio A. Allende profesor de Clínica Médica, Leandro Valle, de Medicina Operatoria; Gregorio Araoz Alfaro de Semiología, Pascual Palma de Clínica Quirúrgica, Marcelo Viñas maestro en la Facultad y en sus servicios del Pirovano y San Roque; al doctor Ricardo Nölting Jefe de la sala 1.^a de Clínica Médica del San Roque; Antonio Zambrini Jefe de Clínica del Consultorio de garganta, nariz y oído del San Roque, Juan B. Emina Director del Hospital Pirovano, Juan José Vitón, profesor suplente de Clínica Médica, al doctor Antonino Iburguren Director del Hospital San Roque; agradezco en este acto sus sabias lecciones.

Al doctor Delfor del Valle que me ha facilitado los casos operados por él, en su mayoría, y que fué quien me inspiró este trabajo, muy reconocido.

A los médicos internos doctores Alejandro Cevallos

y Pedro Ronchi, agradezco los conocimientos adquiridos a su lado durante esas frecuentes intervenciones de urgencia, en las noches de guardia del San Roque.

Al doctor Elíseo V. Segura que me dispensa el honor de acompañarme como padrino de tesis, quién con el ejemplo de su habilidad quirúrgica, conocimientos claros y laboriosidad, ha hecho que trabaje y estudie con empeño, durante los dos años que he sido interno de su Servicio, la especialidad de la cual es maestro.



CAPÍTULO I

HISTORIA

La rinoplastía es la operación por medio de la cual se repone o se obtura una pérdida de sustancia en la nariz, por medio de un colgajo o injerto.

Ombredanne y Nelatón dan la siguiente definición: «La rinoplastía es el arte de corregir las deformidades de la nariz. Esta operación se practica desde tiempos remotos, con más o menos buen resultado, consiguiéndolos mejores a medida que la cirugía progresa.

En Italia, en el siglo XIV, la practicaban.

Branca, en 1442, restauraba narices con tegumentos del rostro del enfermo: el hijo de él, Antonio Branca, parece ser el creador del método italiano, toma un colgajo del brazo para la rinoplastía.

Los hermanos Bojani de Tropea en Calabria, recorrieron la Europa restaurando narices en todas partes (Labat).

Después Vicent Veaneo continúa a aplicar el mé-

todo de Branca y los Boganis y en 1460 un caballero del orden teutónico, el Hermano Heinrich von Pfolsepeundi, escribió un libro donde hablaba de ésta operación. Durante muchos años la rinoplastía queda abandonada en Europa, hasta que Tagliacozzi, profesor de Bolonia, obtiene éxitos enormes en Italia y la hace resurgir (siglo XVI); tomando un colgajo del brazo.

Después de Tagliacozzi vuelve a caer en el olvido, recién en el siglo XIX gracias a la importación a Europa, de un procedimiento empleado en la India vuelve a practicarse.

Los Koomas sabían restaurar narices, mediante un colgajo tomado de la frente. En 1795 «L'Hircarha» (Gaceta de Madrás) publica el caso de un paria llamado Cowasjee, marinero de la armada inglesa, que fué tomado preso por Tipo Sahib y le hizo cortar la nariz para castigar su traición, fué cuidado y curado por los cirujanos ingleses; algún tiempo después se hacía restaurar esa pérdida por iniciados y el resultado de esta rinoplastía entusiasma a Pennap que la hace conocer en Inglaterra.

Poco después Thomas, Findlay, Jacques Cruso, presencian en Bombay una operación de rinoplastía y la describen. En 1814 Carpue publica su resultado; dos éxitos debidos al método indio.

Sutelisse en el mismo año, y Hudckinson en 1818; contribuyen a acentuar un movimiento de entusiasmo mo-

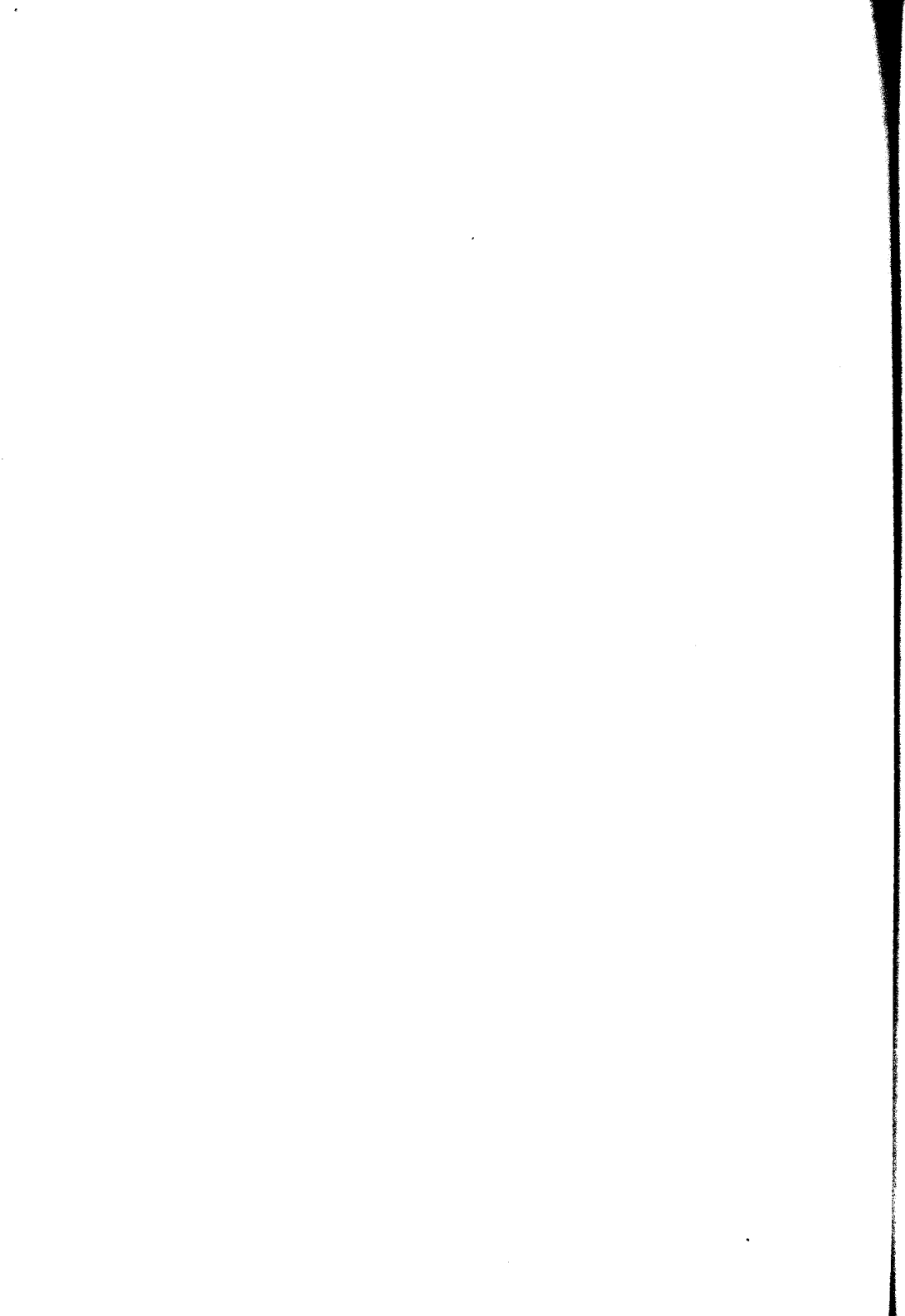
tivado por la publicación de Carpue (Nelatón y Ombredanne).

En Montpellier es muy practicada. Delpech en 1820 hace importantes modificaciones. En 1826 Lisfranc, ejecuta la primera indiana en París. En 1827 Labat comienza una serie de operaciones que publica en 1833. En 1829 Dieffembach comienza ya a subdividir los procedimientos y perfeccionamientos.

Dieffembach y Beck en Alemania; Travers, Listón, Green en Inglaterra, ejecutaron a su vez operaciones italianas.

En 1830, Larrey obtuvo una pérdida de substancia enorme en la nariz, por medio de colgajos de mejilla juntados por deslizamiento; fué el origen del método francés. Parece que Celso había aplicado ya con anterioridad; éstos métodos, se han ido perfeccionando hasta nuestros días y gozan todos más o menos del mismo concepto.

En la República Argentina la tesis del doctor Rosphille es sobre un caso de rinoplastía total, hecha con colgajos indianos y por deslizamiento de la mejilla, una operación mixta y con buen resultado final. En 1896 el doctor Adolfo Mercado publica en su tesis inaugural una rinoplastía sobre aparatos de prótesis.



CAPÍTULO II

ANATOMÍA DESCRIPTIVA Y TOPOGRÁFICA DE LA NARIZ Y FOSAS NASALES

Al estudiar la cirugía de estas regiones, creo oportuno hacer previamente un estudio anatómico de ellas, para lo cual las consideraré aisladamente.

Nariz.—La nariz es una saliencia piramidal, impar y mediana, situada entre la frente por arriba, labio superior por debajo y separada a los lados por el surco nasogenio del ojo y de la región geniana. Dicho surco comienza a la altura de la comisura interna del ojo y termina en la parte más externa del ala de la nariz. Por lo tanto, viene a estar en relación con las regiones superciliar palpebral, geniana y labial.

Disecando la nariz o región nasal, nos encontramos con los siguientes planos: la piel, tejido celular subcutáneo, una capa muscular y el periostio.

La piel se continúa con aquella de las regiones vecinas, movable sobre la raíz de la nariz, sobre los huesos propios, se vuelve espesa y adherente al plano

subyacente; en la porción que corresponde a los cartílagos, esta adherencia es sobre todo íntima sobre el lóbulo, las alas y el subtabique.

El tejido celular subcutáneo es escaso y se encuentra en las partes donde la piel no adhiere a los planos profundos.

Los músculos de la nariz no tienen mayor importancia bajo el punto de vista anátomo-quirúrgico, son todos músculos cutáneos.

El piramidal que partiendo de los cartílagos laterales de la nariz y de los bordes inferior e interno de los huesos propios, viene a atarse de otra parte a la cara profunda de la piel de la región intersurciliar.

El transverso común del ala de la nariz y del labio superior, que aloja el costado interno de la región, y donde los manojos más internos se incertan a la piel de la parte posterior del ala.

El dilatador propio de las narices, que está acostado sobre la cara externa del cartílago del ala.

Todos, a excepción del piramidal, obran sobre los orificios: el triangular y el mirtiforme son constrictores, el dilatador y el elevador son dilatadores.

El periostio no tiene nada de particular, tanto anatómica como quirúrgicamente. Lo que es muy importante para las intervenciones del injerto y trasplantes es la irrigación sanguínea, que felizmente en la nariz es muy abundante.

Las arterias provienen de dos fuentes: de la nasal, rama de la oftálmica que irriga toda la parte superior de la región. 2.º de la facial, que dá a la cara lateral de la nariz la arteria dorsal y sobre la base la arteria del subtabique. Las ramificaciones de estas dos arterias se anastomosan las unas con las otras, formando debajo de los tegumentos una red extremadamente rica, que ocupa toda la extensión de la región.

Esta riqueza vascular explica la coloración roja y las varicosidades que presenta la nariz en los alcohólicos, y en los enfermos atacados de congestión periódica de la cara: (eczema, afecciones del estómago).

Venas.—Las venas siguen un trayecto independiente de las arterias, terminan las unas en la vena angular y las otras en mayor número en la facial que desciende por el surco naso-génio.

Los linfáticos terminan en los ganglios parotídeos superiores e inferiores pre-auriculares, y los más importantes en el grupo ganglionar submaxilar (Testut y Jacob).

Nervios.—Los nervios se dividen en motores y sensitivos.

Los ramos motores destinados a los músculos, provienen todos del facial. Los ramos sensitivos destinados a los tegumentos, emanan del trigémino, por intermedio: 1.º del nasal externo que se distribuye a la raíz de la nariz. 2.º del suborbitario que dá numerosas ramas a

las partes de las caras laterales vecinas al surco nasogénio. 3.º Del naso-lobar, rama del nasal interno, que sale de las fosas nasales, entre el hueso propio de la nariz y el cartílago lateral correspondiente y cubre con sus finas ramificaciones la región del lóbulo (Testut y Jacob).

Esqueleto.—El esqueleto de la nariz está formado por huesos, cartílagos y una membrana fibrosa.

Los primeros son: los dos huesos propios de la nariz, la rama montante del maxilar superior y el borde anterior de su apófisis palatino.

Los huesos propios son pequeños, de forma rectangular a gran eje, dirigido de arriba a abajo y de atrás a adelante, adosados el uno al otro en la línea media, en forma de rancho que se apoya atrás, sobre la apófisis montante y arriba sobre la espina frontal. La lámina perpendicular del etmoides se articula con ellos en una extensión más o menos grande.

Cartílagos.—Los tres cartílagos principales y algunos accesorios vienen a formar el esqueleto de la nariz. El cartílago del tabique, los cartílagos laterales y los cartílagos del ala de la nariz; el primero será estudiado junto con el tabique; los laterales son dos: uno derecho y otro izquierdo, de forma triangular, son casi siempre una expansión del cartílago del tabique y se unen al reborde oscó del orificio piriforme.

Los cartílagos del ala de la nariz, son igualmente

dos: en forma de herradura a convexidad dirigida adelante, responden al lóbulo de la nariz; están adosados el uno al otro por su rama interna: la rama externa más larga se extiende en el ala. Entre éstos dos cartílagos principales se encuentran otros más pequeños, accesorios. El número, la forma y dimensiones son muy variables, se describen ordinariamente: 1.º Los cartílagos cuadrados, pequeñas laminillas irregularmente cuadriláteras que se encuentran situadas en la parte posterior e inferior de la nariz; 2.º los cartílagos sesamoideos, que ocupan el espacio situado entre el cartílago lateral y el del ala de la nariz; 3.º los cartílagos vomerianos o de Huschke, pequeñas laminillas longitudinales que ocupan el borde posterior del cartílago del tabique.

Membrana fibrosa.—Todos los espacios dejados libres por las piezas cartilaginosas son llenados por una membrana resistente fibrosa parecida al periostio y al pericondrio; la cara profunda de la nariz está formada por la pituitaria.

Fosas Nasales.—Las fosas nasales se presentan bajo la forma de dos embudos en dirección antero-posterior, situados a derecha e izquierda de la línea media en el maciso óseo de la cara. Sobre el sujeto revestido de sus partes blandas desbordan adelante, el plano facial, el relieve que ellas forman al exterior constituyen la nariz.

Vistas sobre un corte frontal, ellas parecen aplas-

tadas en el sentido transversal en otros términos son, más altas que anchas, siendo aún más en su parte inferior.

Podemos considerar: 1.º un orificio anterior o nariz; 2.º un orificio posterior; 3.º una pared interna, 4.º una pared externa, 5.º una pared inferior o piso y 6.º una pared superior bóveda o cúpula.

El orificio anterior, también llamado vestíbulo de la nariz, en razón de su situación; se encuentra a la entrada de las fosas nasales, se distinguen de éstas porque interiormente están revestidos, por tejidos epidérmicos en lugar de mucosa.

La cavidad del vestíbulo se prolonga en el lóbulo de la nariz, bajo la forma de una excavación en forma de saco, que se llama ventrículo del lóbulo. Cada vestíbulo comunica con la fosa nasal correspondiente por un orificio estrecho en forma de escotadura, dirigido de adelante a atrás. Se abre al exterior por un agujero ovalar a gran extremidad posterior, midiendo término medio 20 mn. por 7 u 8 de ancho, están separados uno de otro por el subtabique. El esqueleto del vestíbulo está constituido por el cartílago del ala de la nariz que mantiene la cavidad abierta y le impide unirse durante la inspiración, por este motivo cuando falta el ala de la nariz los injertos deben llevar cartílagos, pues los de piel sola una vez que se retrae es impelida en la espiración y aspirada en la inspiración, viniendo a que-

dar como una especie de cortina flácida por la falta de sostén. Para evitar esto se han ensayado varios métodos que expongo en otro capítulo, pero que son insuficientes.

El fibro cartilago que forma el esqueleto, está tapizado por piel, que penetra por el orificio exterior y va modificándose poco a poco, a continuarse con la pituitaria a nivel del orificio interno en la mitad inferior que encierra numerosas glándulas sebáceas y largos pelos.

El tabique.— O séptum nasal, es una lámina osteo cartilaginosa situada de canto que, desciende de la bóveda nasal y vá a insertarse sobre el piso.

El tabique tiene en su conjunto la forma de un rectángulo irregular; su borde superior es soldado a la lámina cribada del etmoides, es decir a la base del cráneo; su borde inferior que está unido a la bóveda palatina; su borde anterior responde al dorso de la nariz y su borde posterior está unido arriba al esfenoides y libre abajo separa los choanes.

El tabique de las fosas nasales está recubierto por la pituitaria y regularmente sobre sus dos caras. En su parte antero-inferior se nota gran cantidad de vasos que serpentean por debajo de la mucosa, son las varices del tabique, susceptibles por la infinidad de causas infecciosas, traumáticas, etc., dando lugar a grandes epistaxis que necesario es cauterizar. (Galvano-cauterio, ácido crómico, etc.), pues su repetición trae una gran anemia.

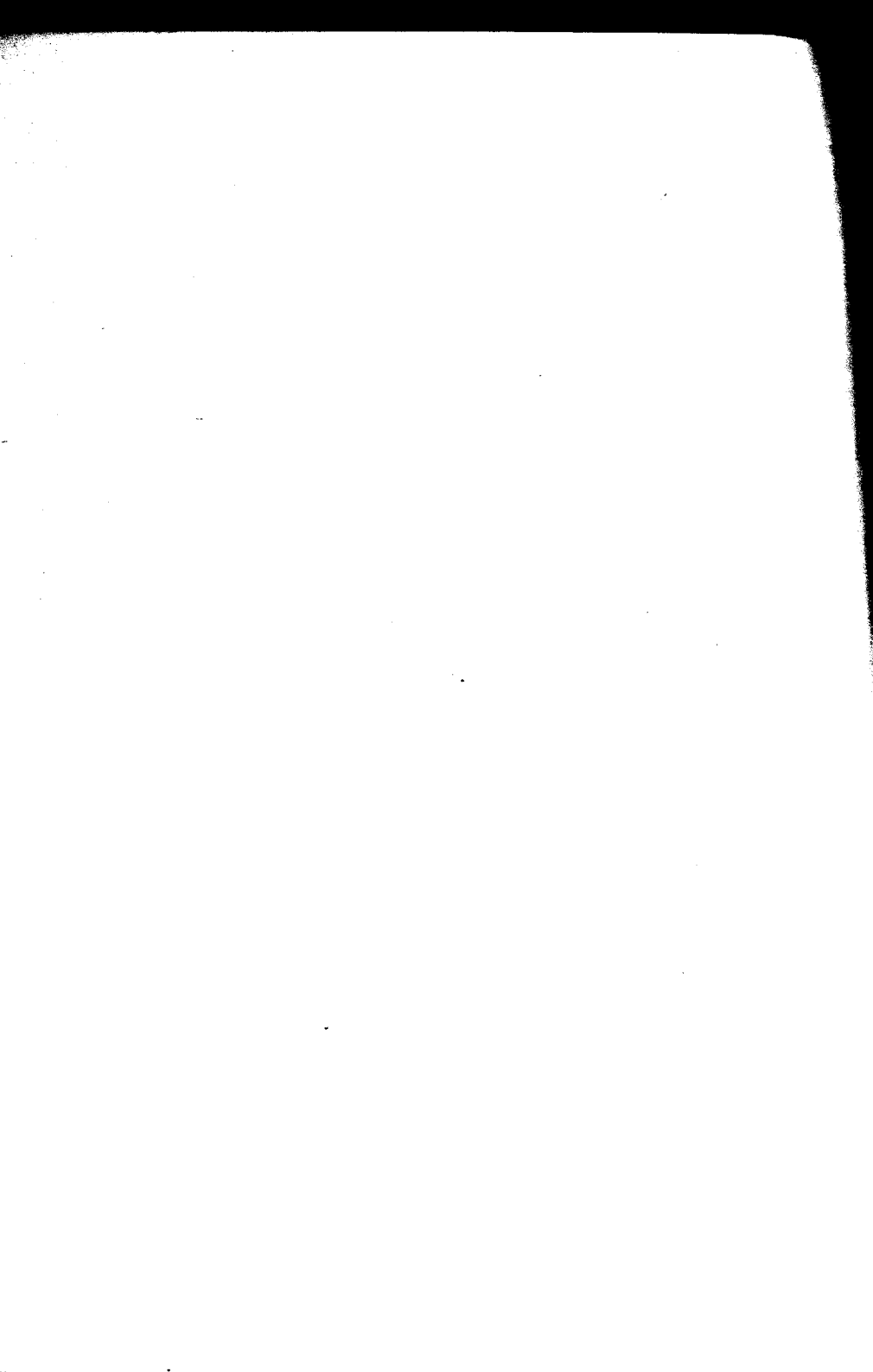
La lámina osteo-cartilaginosa subyacente a la pituitaria, está constituída por tres piezas unidas dos a dos. Estas son arriba y atrás la lámina perpendicular del etmoides; abajo y atrás el vomer, adelante el cartílago del tabique y la rama interna de los cartílagos del ala de la nariz. La lámina perpendicular del etmoides de forma cuadrada más o menos irregular, está unida arriba con la lámina cribada, atrás con el cuerpo del esfenoides y adelante con los huesos propios. Es sumamente fina y delicada.

El vomer tiene la forma de una reja de arado con la punta llevada adelante, es muy frágil, pero dada la situación tan profunda, los traumatismos externos no le llegan y su fractura es consecutiva a los de los maxilares superiores, con los cuales se articulan; su punta o pico del vomer se confunde con la espina nasal anterior e inferior. Ella está formada por el hueso subvomeriano (Rambaud y Renoult). El vomer y la espina son los que forman esas crestas inferiores y anteriores óseas que para reseccarlas es necesario el escoplo y el martillo, siendo muy frecuente que algunas de ellas parecen levantamientos o espesiamiento del piso de las fosas nasales, viniendo el cartílago a insertarse arriba. El borde superior del vomer tiene una gotera donde se aloja el borde del cartílago cuadrangular.

El cartílago del tabique ocupa el ángulo que forma el vomer y la lámina perpendicular a veces entre estos

dos huesos queda un intersticio por donde se insinúa una lengüeta de cartílago. Adelante forma el dorso de la nariz sosteniéndola, motivo por lo cual las resecciones no deben de ser muy amplias, si ellas se hacen, deben siempre dejarse un buen centímetro de cartílago paralelo al dorso, de manera que no pierda las funciones de sostén. También entra en la formación del subtabique.

Las demás regiones de las fosas nasales, pared externa, pisc bóveda, etc., no tienen mayor importancia para nuestro tema, por lo cual las dejaré de lado.



CAPÍTULO III

FISIOLOGIA

La fisiología de la nariz y fosas nasales tan importante conocerla antes de estudiar los procesos de que es asiento, no es tratada por los clásicos en el sentido que a nosotros nos interesa, sino que lo hacen, tomando esta región como aparato receptor de las sensaciones olfativas. El doctor Segura dice al respecto:

«No son seguramente los fisiologistas los que más han contribuído a estos progresos; sus obras clásicas al ocuparse de la nariz, lo hacen considerando a esta principalmente bajo el punto de vista sensorial, como órgano del olfato, dedicando apenas algunas líneas a la participación que ella toma en la respiración, la fonación, audición, etc.».

«En este caso, los términos se han cambiado; ha sido la patología que ha hecho nacer la fisiología, debiendo aquélla ser hija de esta».

«Ha sido generalmente a objeto de explicar hechos clínicos, que se han emprendido las investigaciones que

nos permiten ahora poseer un conocimiento casi perfecto de las múltiples funciones de la nariz, y son acreedores a estos progresos, en primer lugar los rinólogos, sin desconocer la participación importante de notables fisiólogos modernos, como François Franck, Aschenbrand y otros».

Así nosotros consideraremos al aparato nasal en sus funciones respiratoria y fonética.

La respiración bucal es un fenómeno de suplencia; en la respiración normal la boca queda cerrada, es por la nariz que debe pasar todo el aire inspirado.

La forma cónica del canal nasal favorece la inspiración. La corriente de aire debe entonces luchar contra la resistencia ofrecida, por lo que Zuckerkandl y Mink llaman el orificio nasal interno, válvula formada por los cartílagos y músculos del ala de la nariz.

Los cornetes no presentan normalmente resistencia a la corriente de aire inspiratoria. En la expiración al contrario, los cornetes inferiores oponen a la corriente de aire una resistencia, representando al rededor la mitad de la resistencia total en todo el trayecto nasal (Mink).

Kayser ha demostrado que el aire inspirado sigue dos corrientes; una corriente principal respiratoria pasando por los meatos medios e inferiores, y una accesoria yendo a la región olfativa.

En la expiración el aire es casi enteramente dirigido por los meatos medios e inferiores, de manera que la olfacción no se produce en este momento (Lannois).

Para comprobar esto, Kayser hacía respirar a la persona en experiencia en una atmósfera conteniendo polvos de magnesia (Lannois).

Lo que antecede es lo concerniente al pasaje de la corriente de aires por la nariz y fosas nasales, veamos ahora los cambios que sufre durante su pasaje.

Se puede concretar en estas palabras; el aire al pasar por las fosas nasales en la inspiración se humedece, se purifica y se calienta.

Se humedece.—El encargado de esto es el moco nasal, que está constituido por una parte líquida producto de la secreción de los linfáticos de la mucosa y la linfa de los canales intercelulares, y de una parte sólida, formada por el producto de las células cilíndricas de la mucosa, y por elementos morfológicos, células epiteliales, leucocitos en cantidad variable. (Zarniko, Lannois). Lannois).

A la salida de la nariz el aire inspirado está saturado de vapor de agua (Aschenbrandt, Kayser).

Se purifica.—Mientras que el aire expirado no tiene gérmenes el aire inspirado llega a las fosas nasales cargado de todas las impurezas del ambiente: polvos, microorganismos, etc. Las fosas nasales sirven de barrera a esta invasión y se ha comprobado que a medida que el aire avanza más en el interior de la cavidad, más desprovisto de microbios se encuentra. Thomson y Hewlett han demostrado que, en el tercio posterior de las

fosas nasales no existen casi microbios en el 80 % de los casos. En el niño el tejido linfoide retrofaringeo se encarga de suplir la insuficiencia de defensa de las cavidades nasales.

Los pelos del vestíbulo es lo primero que encuentra el aire en su penetración, estos entre cruzándose forman un «grosero filtro (Segura) que detiene las partículas sólidas que puede accidentalmente contener.

La humedad de las paredes constituye una segunda barrera. Las cilia vibrátiles de la mucosa detienen la mayor parte de las partículas sólidas arrastradas por la columna de aire. Las lágrimas llegando por el canal nasal, el estornudo, etc., son también agentes activos de expulsión.

Wurtz y Lermoyez por trabajos efectuados en el laboratorio de Strauss, llamaron la atención sobre el poder bactericida del mucus nasal. Pero experiencias posteriores de Thomson y Hewlett de Klemperer han demostrado que no se trataba de un rol tan activo. El mucus nasal no es bactericida, el impediría solamente la multiplicación de los microbios.

El doctor Segura dice:

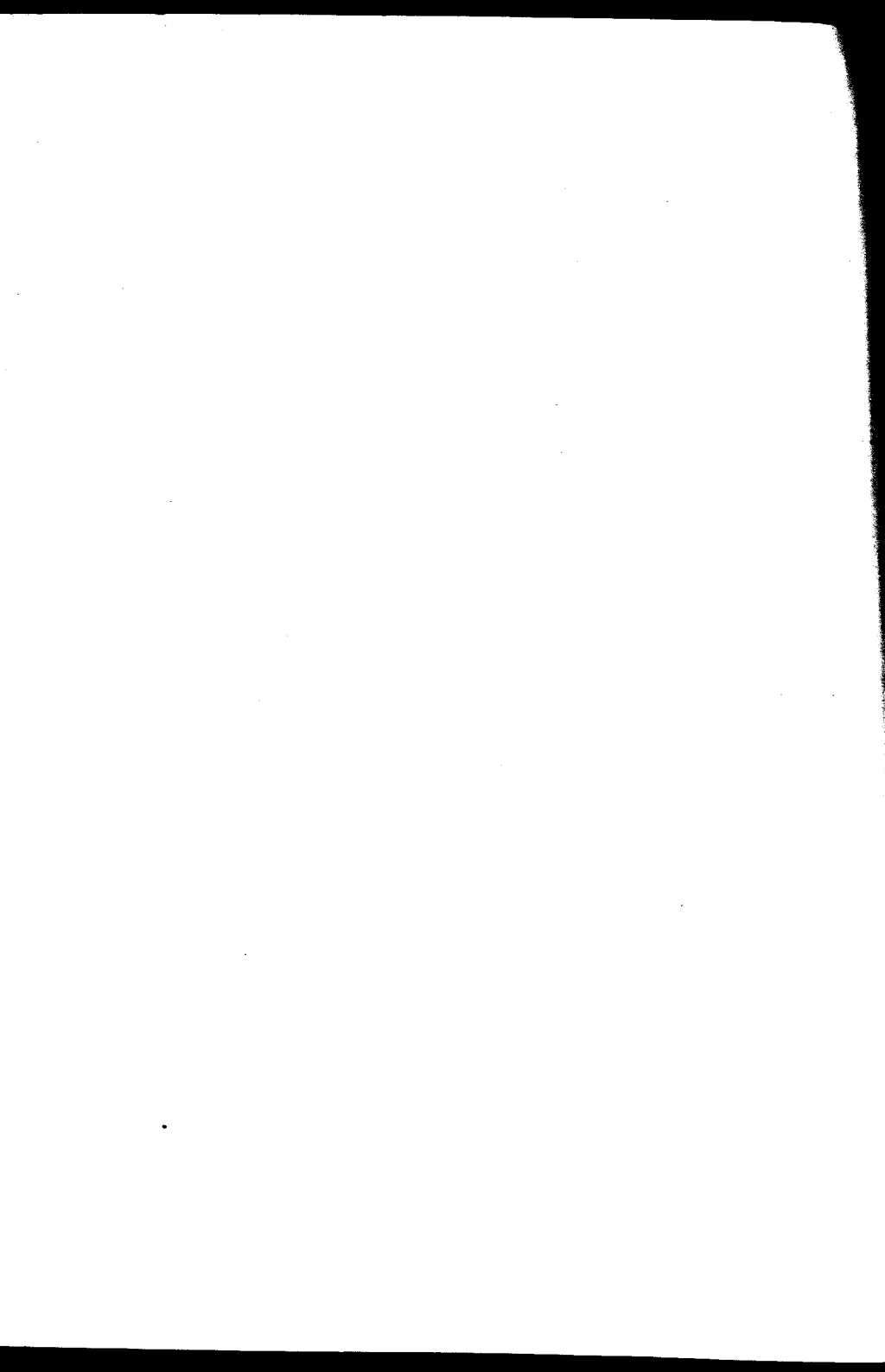
«La acción bactericida, en particular la fagocitaria de la nariz, debe aceptarse como un hecho evidente, y si por la experimentación no se ha llegado aún a precisar los términos de esta delicada cuestión, existen sin embargo, hechos prácticos, que prueban por lo menos, que si el

moco nasal y las células redondas de la mucosa no destruyen los microbios, atenúan de tal manera su virulencia, que los hacen poco menos que inofensivos. Esto tiene su confirmación en el resultado de las operaciones endonasales que diariamente practicamos, como ser: resecciones de espalones, turbinotomías, etc., en las que una completa desinfección del campo operatorio sería imposible y ni se la pretende y a pesar de esto, no se producen infecciones graves ni locales, ni generales, con la única precaución de haber practicado una rigurosa esterilización de los instrumentos, para no llevar en ellos agentes sépticos nuevos».

«Sea la acción del moco o más seguramente la fagocitaria realizada por las células redondas, es indudable que las fosas nasales poseen propiedades que se oponen a la germinación de los microorganismos y atenúan su virulencia: la naturaleza previsoras en todos sus actos, no había de dejar sin defensa la parte más vulnerable de nuestro organismo».

El aire *se calienta* al pasar por las fosas nasales. Aschenbrant afirma que la nariz lleva la temperatura del aire inspirado a 30 grados.

Por la respiración bucal, el aire también se calienta, pero en grado mucho menor.



CAPÍTULO IV

ETIOLOGIA

Las causas que traen las pérdidas de sustancia de la nariz y fosas nasales se pueden dividir en dos grupos:

Las causas comunes y que son en actualidad las que dan mayor porcentaje de éstos enfermos; la sífilis en primer lugar, luego la miasis, la tuberculosis y el cáncer.

La sífilis tiene gran predilección por la nariz, las grandes ulceraciones destruyen en poco tiempo el tabique, huesos propios, ala de la nariz, haciendo perforaciones exteriores y la bóveda palatina que en tiempo más o menos breve, se producen secuestros que al desprenderse dejan orificios extensos. La sífilis hereditaria en los primeros años del heredo-específico: destruye los huesos propios quedando la nariz en selle. La adquirida produce las mismas lesiones.

En las observaciones clínicas de este trabajo se encuentran casos de una y otra forma todos con destruc-

ciones diferentes, situándose unas en la nariz y otras en las fosas nasales.

La miasis en nuestro país es causa muy común de ulceraciones del tabique y cornetes, siendo más raras las que llegan a perforar la nariz o la bóveda del paladar.

El cáncer se presenta bajo la forma de cancroides a marcha lenta sobreviniendo en edad avanzada.

La tuberculosis ataca la nariz bajo la forma de lupus; proceso que se extiende generalmente a las mejillas y labio superior.

Las causas más raras son el traumatismo, la gangrena, los tumores, la congelación, las quemaduras, las ausencias congénitas.

El traumatismo era en la edad media la causa más frecuente de pérdida de la nariz, cosa que hoy es rarísima. En la India se la amputaba para castigar un delito. El adulterio era castigado por los griegos, romanos y egipcios en esa forma.

Sixto Quinto cortaba la nariz a los ladrones y fascinerosos, según Labat.

En el siglo XII, la Corte de Amor de Aix, decretó una ley por la cual los caballeros y trovadores quedaban autorizados a cortar la nariz a todo villano que atentare contra el honor de las damas.

Como la falta de nariz trae una deformación horrible y repugnante, en Marsella 40 religiosas se mutilaron al aproximarse los sarracenos (Rousset) y cuando

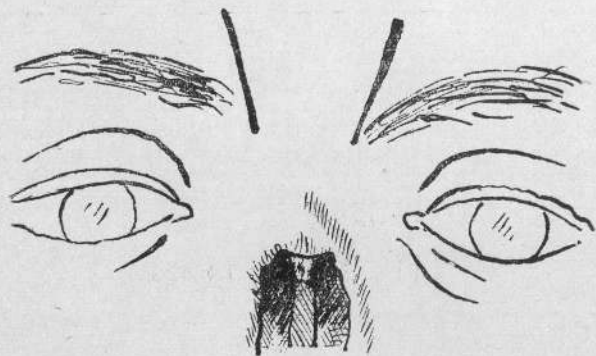


fig. I
Procedimiento de los Koomas

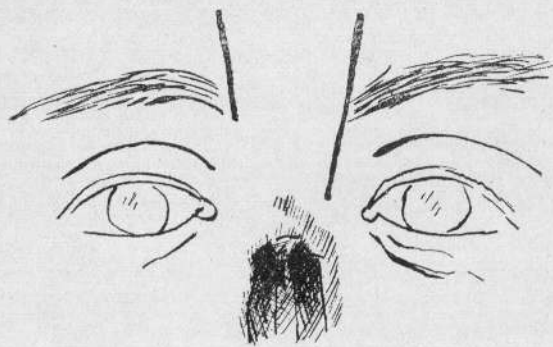


fig. II
Procedimiento de Lis-franc



los daneses se apoderaron de Inglaterra, muchas mujeres y muchachas celosas de su honor no vacilaron en apelar a este cruel método.

Hay casos de amputación por un mordisco.

En los duelos de estudiantes en Alemania y en los combates a arma blanca era común esta mutilación.

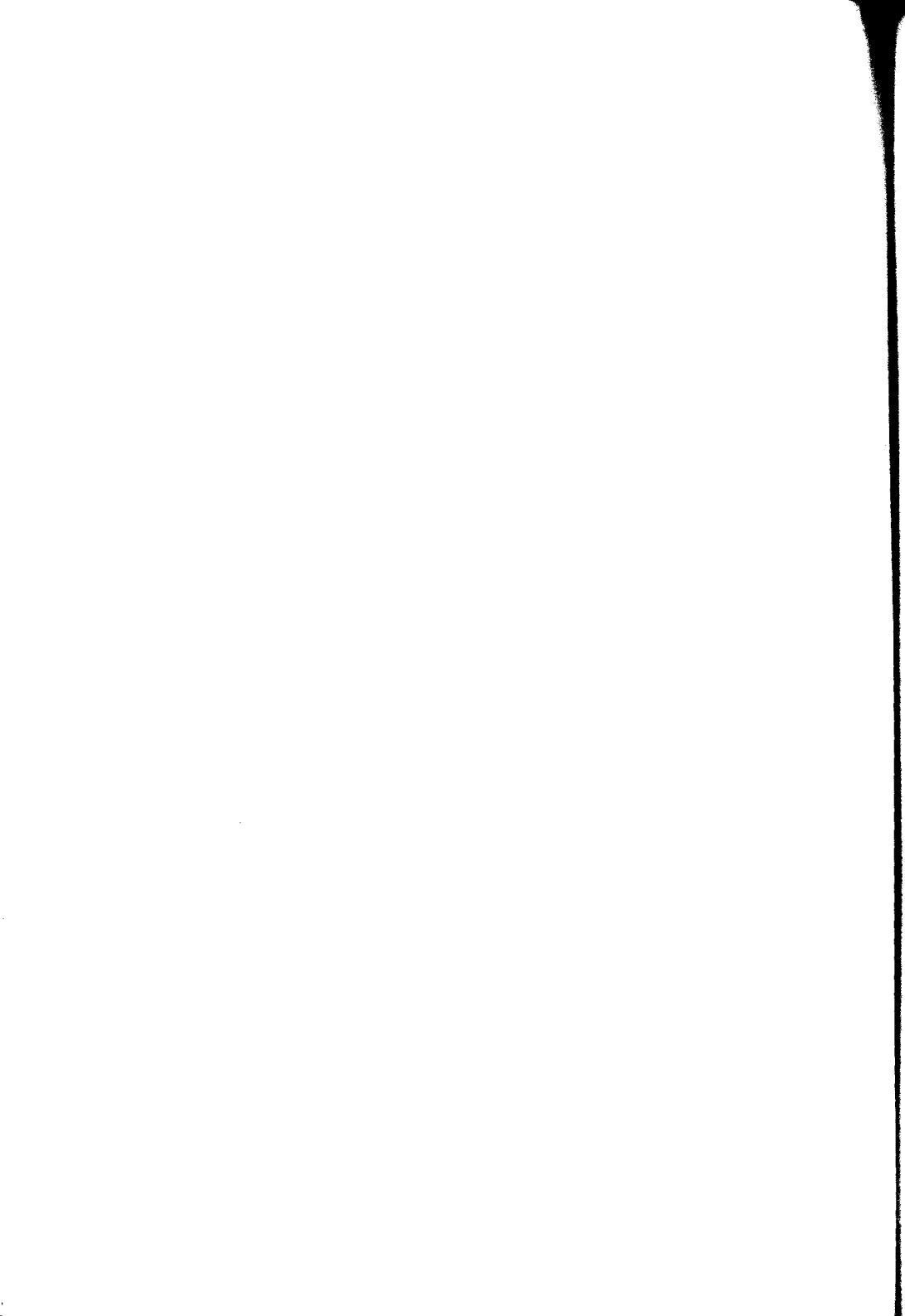
Las pérdidas por gangrena son raras, Denonvilliers señala un caso de gangrena de la mejilla y del ala de la nariz, consecutiva a una fiebre tifoidea.

Bouisson cita observaciones de destrucción por gangrena después de una viruela confluyente grave y de un proceso de pústula maligna.

Eval el operado de Lisfranc perdió la nariz por congelación en la campaña de Rusia.

Los tumores (noevi-teratomas), las quemaduras y las ausencias congénitas son casos raros.

Las quemaduras la mayor parte de las veces más que destruir la nariz la deforman por la cicatriz consecutiva.



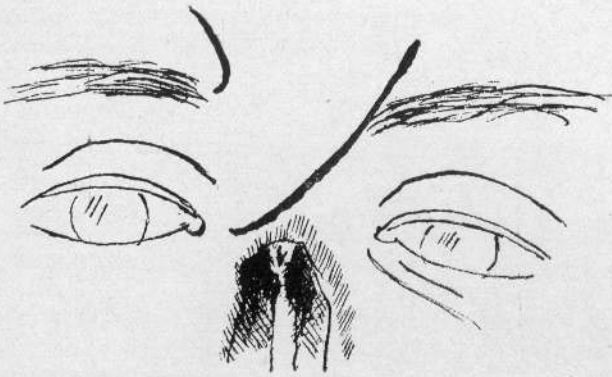


fig. III
Procedimiento de Labat

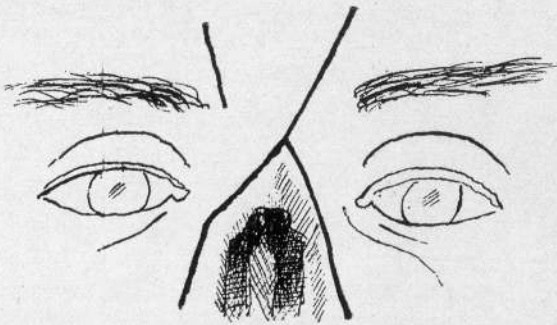
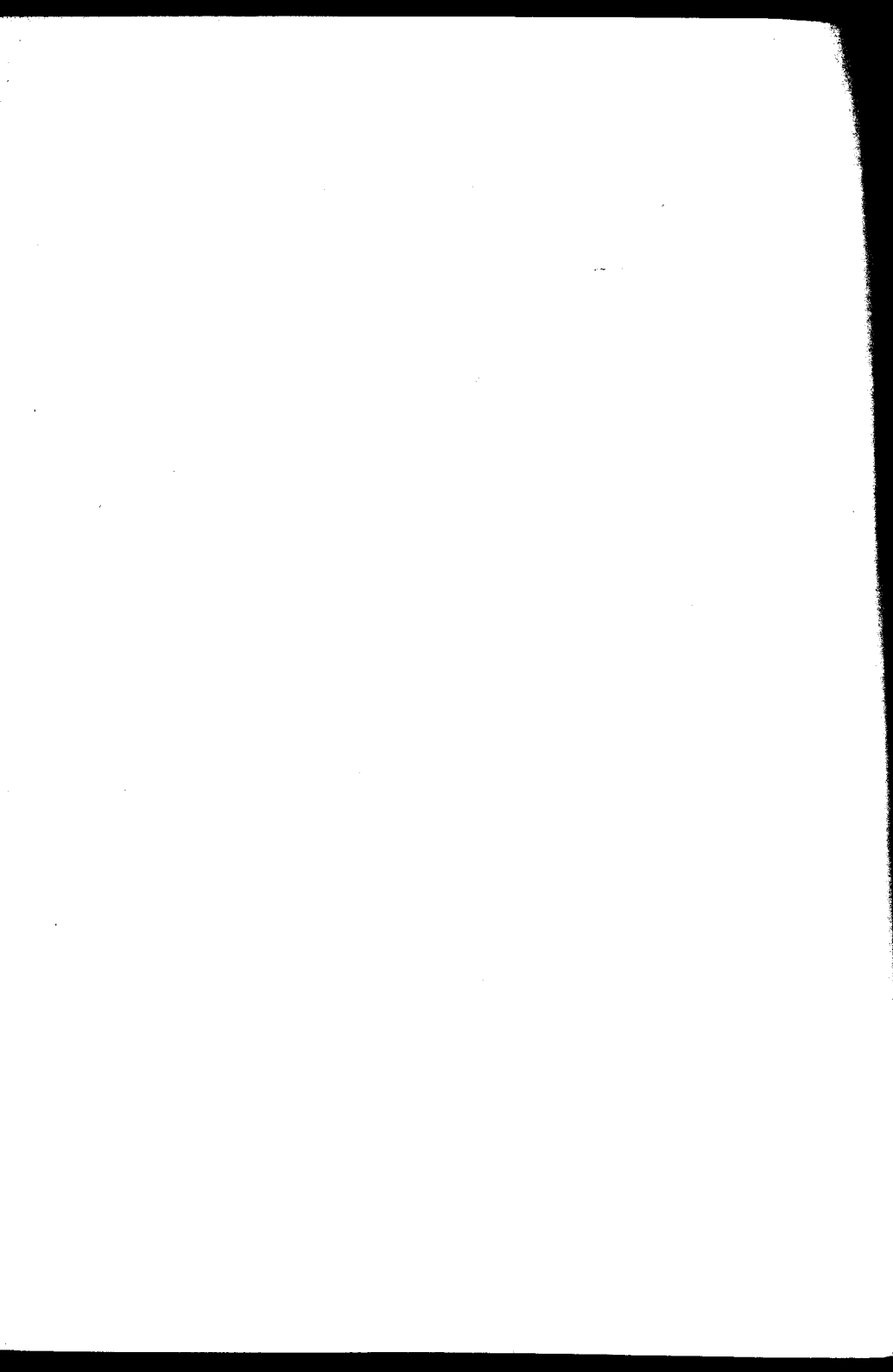


fig IV
Procedimiento de Dieffenbach



CAPÍTULO V

ANATOMÍA PATOLÓGICA

CLASIFICACION DE LAS DESTRUCCIONES NASALES

La clasificación que hace Nelatón y Ombredanne de las destrucciones nasales, basada en la extensión de las lesiones, me parece muy lógica y sobre todo en relación con la cirugía, pues según el tamaño de la pérdida de sustancia se empleará tal o cual método para reparar la deformidad.

Así que consideraremos primero: las lesiones de gran extensión y después la de pequeña extensión.

Entre las primeras se encuentran los siguientes tipos:

1º.—Pérdida total de la nariz.

Un proceso cualquiera puede destruir los huesos propios, el tabique, dorso, alas y apófisis montantes, dejando en su lugar una enorme brecha, es una variedad; otra puede ser la destrucción de todo el esqueleto óseo y cartilaginoso, quedando la piel más o menos

retraída y cicatricial y conservando uno o los dos agujeros; también puede faltar todo y quedar un pliegue cutáneo que forma una especie de cortina.

El tabique en esta variedad como digo más arriba, siempre está destruido a lo menos en el borde que sostiene el dorso de la nariz.

2º.—Pérdida subtotal de la nariz. En esta lesión los huesos propios y los apófisis montantes del maxilar superior están conservados y utilizables, lo que falta es la parte inferior las alas, el lóbulo y subtabique, los tegumentos pueden estar más o menos destruidos.

3º.—Destrucción del dorso de la nariz. El orificio de las narices cutáneo y cartilaginoso es útil para la refacción, la lesión principal se sitúa al dorso dependiendo de la integridad de los tegumentos las dos variaciones siguientes. Tegumentos sanos faltan los huesos propios, nariz en selle. La punta sufre una ascensión ligera. Y si a esto se le agrega la destrucción y ulceración de los tegumentos, tendremos otra variedad más grande del punto de vista funcional y estético, más difícil de reparar.

4º.—Destrucción de la punta de la nariz. El lóbulo, las alas, el subtabique están destruidos, pero la parte alta es la utilizable y el dorso conservado.

Lesiones restringidas.

1.º Destrucción de las alas de la nariz (una o las dos).

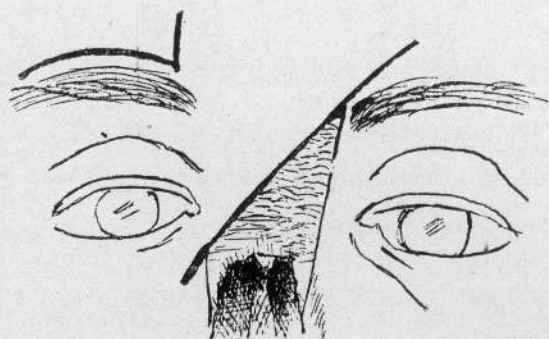


fig V

Procedimiento de Langenbeck

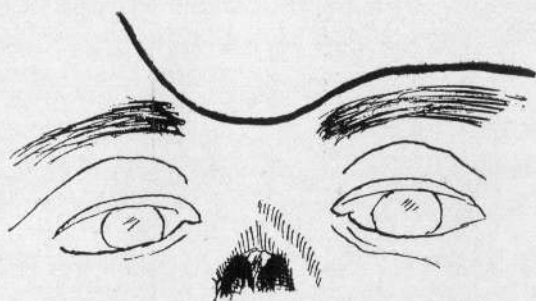
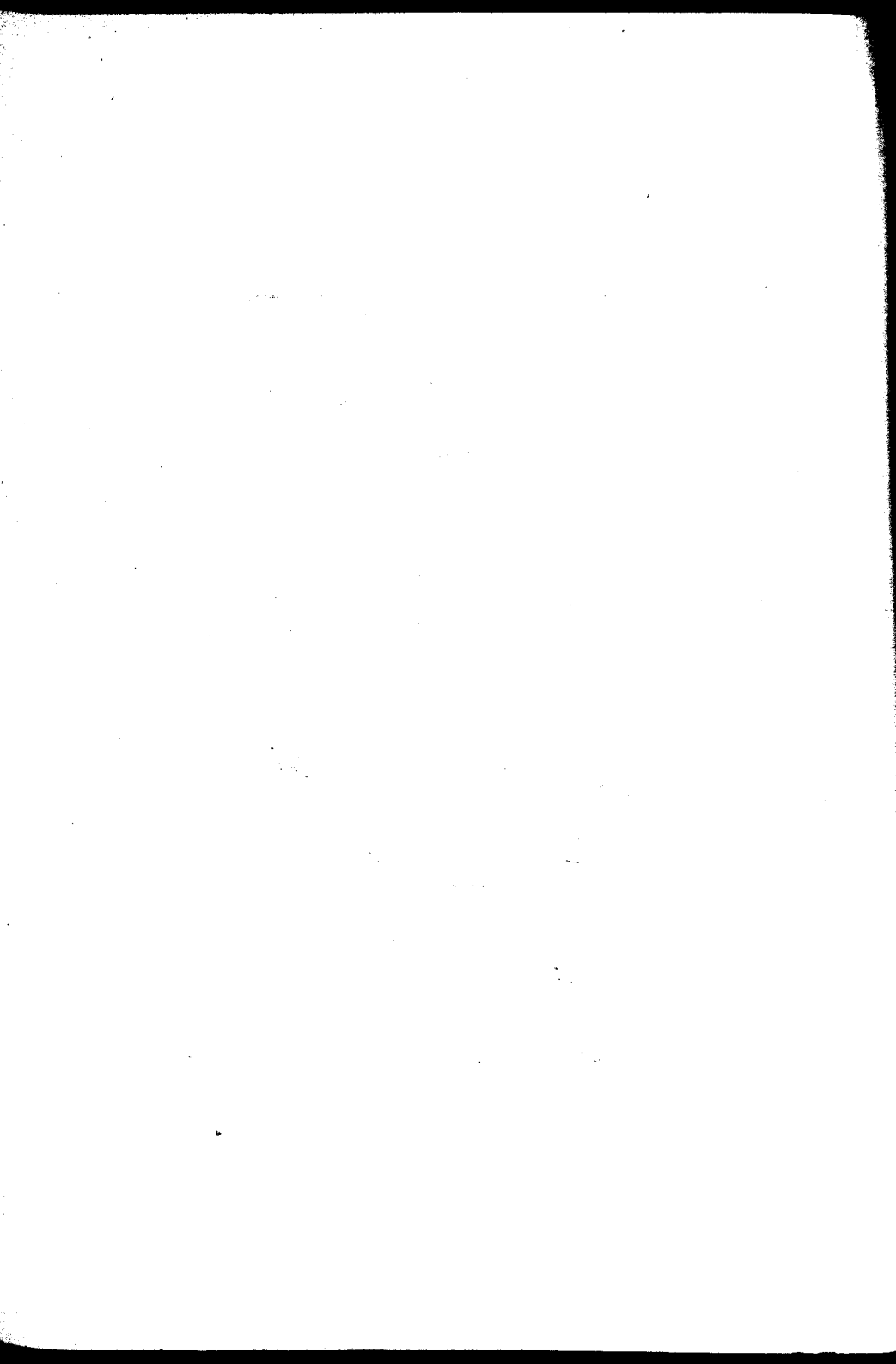


fig VI

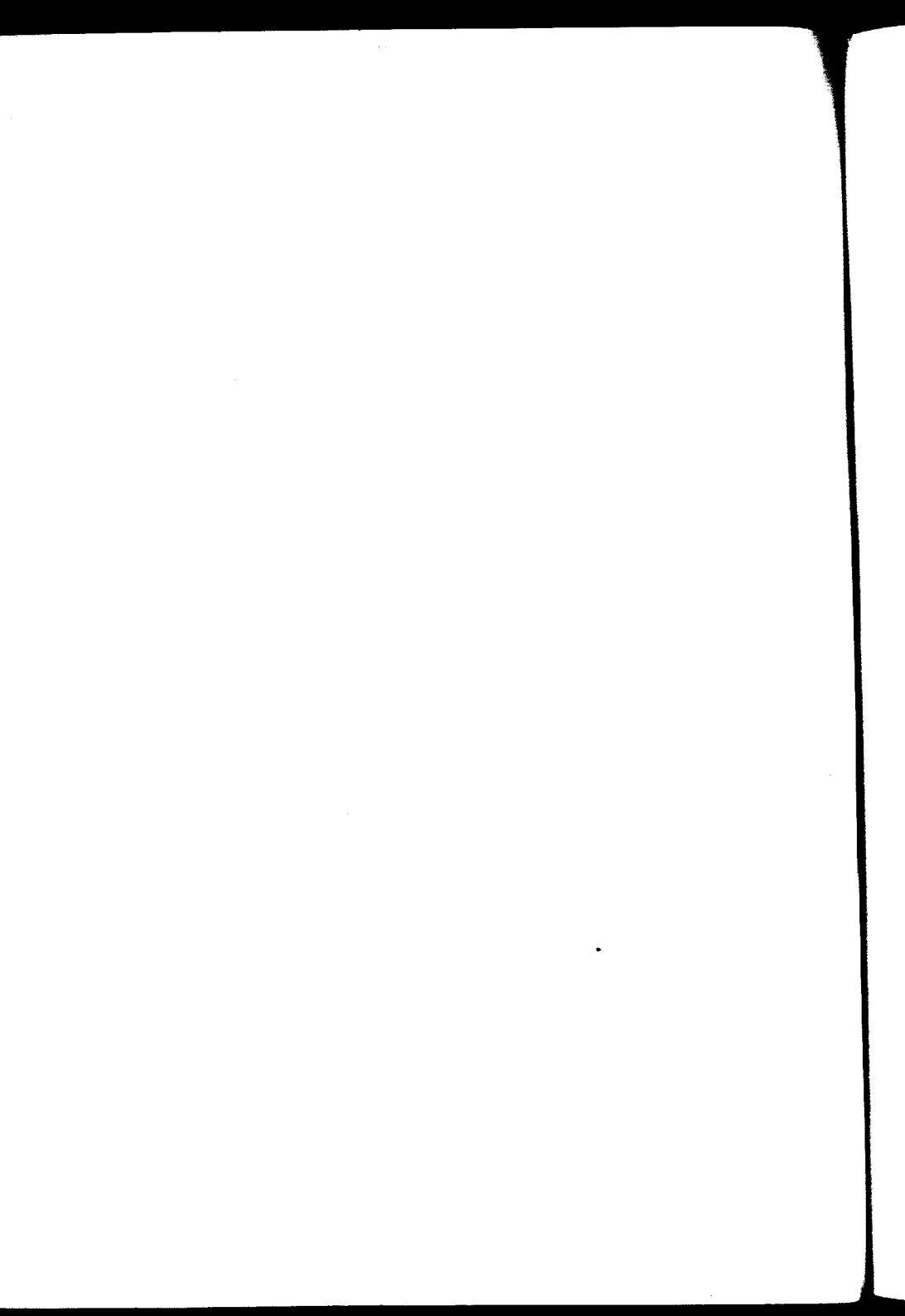
Procedimiento de Landeau



2.º Destrucción del lóbulo; el subtabique generalmente está perdido.

3.º Destrucción del subtabique.

4.º Pérdidas de sustancias situadas en el dorso o costados de la nariz, la forma, tamaño, situación, es muy variable, pudiendo existir en la parte lateral del dorso en la línea media y extenderse a las mejillas, párpados inferior, etc.



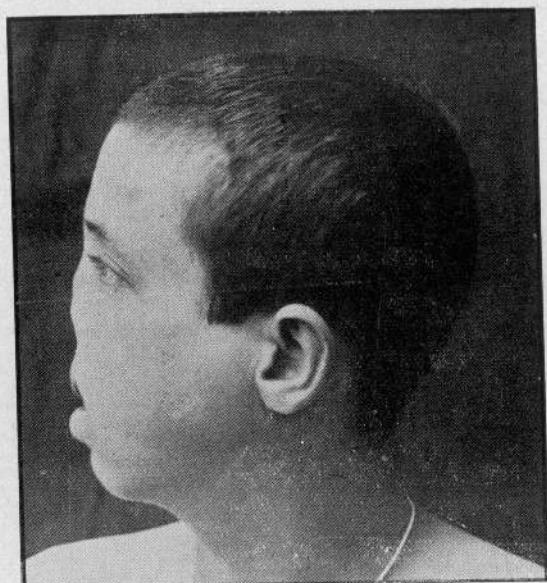


Fig. 7

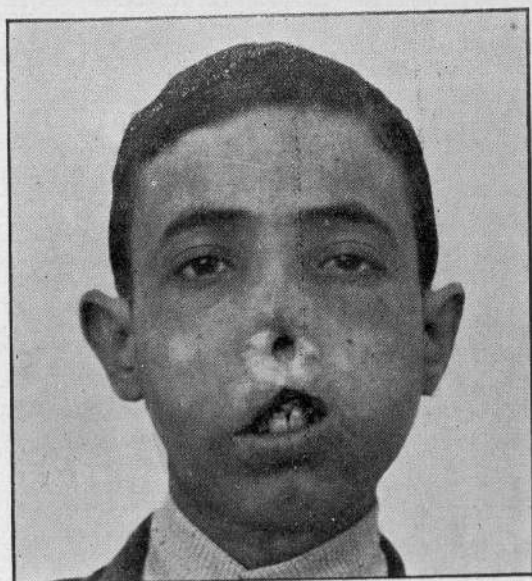


Fig. 8



CAPÍTULO VI

DIFERENTES MÉTODOS DE COLGAJOS

Los métodos clásicos de rinoplastía por colgajos son los siguientes: el método indiano, el francés y el italiano. Fuera de estos hay otros como ser el colgajo de tegumento con soporte metálico, etc.

Describiré en general cada uno de ellos, haciéndolo con más detalles en el método indiano que es el que hemos practicado.

Método Indiano. - Consiste en tallar un colgajo único en la frente y hacerlo rotar sobre el pedículo hasta tapar la pérdida de sustancia, este es el método primitivo y único, agrupando los autores en el mismo los colgajos dobles de la frente y los sacados de las mejillas. Las modificaciones hechas son innumerables, llevándose: unas hacia el pedículo, otras a la orientación, forma, etc.

Este método se usaba en la India desde tiempo inmemorial, los Koomas que según unos era una casta religiosa a quienes los Bracmines habían confiado el secreto de estas autoplastías y para otros eran simplemente

una corporación obrera de alfareros que modelaban las narices sobre molde de arcilla hecho previamente.

El colgajo indiano se traza sobre la frente en forma oval, en la línea media y vertical, dejando en la base situada en la raíz de la nariz una parte ancha de dos o tres centímetros sin cortar que es por donde llega la sangre y lo que constituye el pedículo, una vez diseccionado se trae por rotación sobre la pérdida avivada y preparada convenientemente. En la herida frontal se acercan los bordes y si no se puede, se deja curar por segunda.

Por esta descripción se vé que al rotar la hoja del colgajo, el pedículo sufre una torsión de 180° acarreado el peligro de la necrosis o en caso feliz queda una saliencia muy grande.

Aubert y Alquié disminuyeron la amplitud de esta torsión, acostando el gran eje de sus colgajos, sea 45° sobre la vertical, sea horizontalmente. Al ángulo romo inferior, situado a nivel de la glabella se llevaban las dos incisiones que debían limitar este pedículo.

Los Koomas lo bajaban verticalmente y paraban los dos en la misma altura a nivel de la extremidad interna de las cejas.

Lisfranc baja uno mucho más que la otra, de manera que sus extremidades inferiores fuesen sobre una línea recta formando con la vertical un ángulo de 45° .

Labat y Lagenbeck hicieron un ganchito en la que

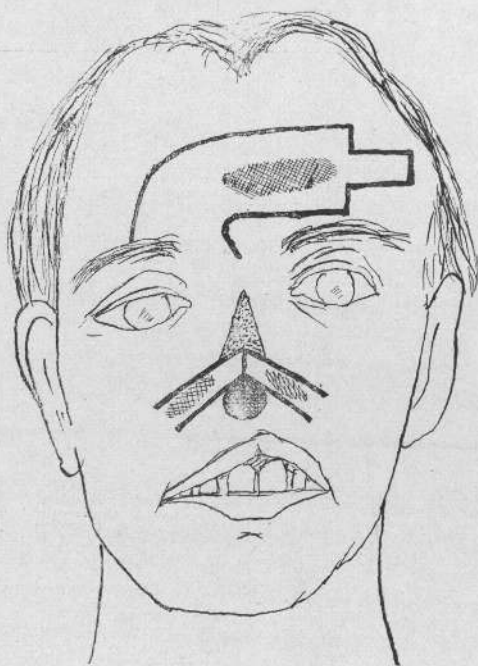


Fig. 10

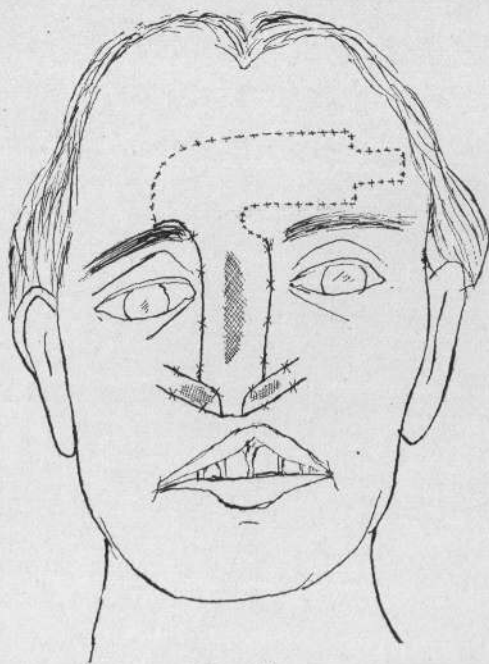
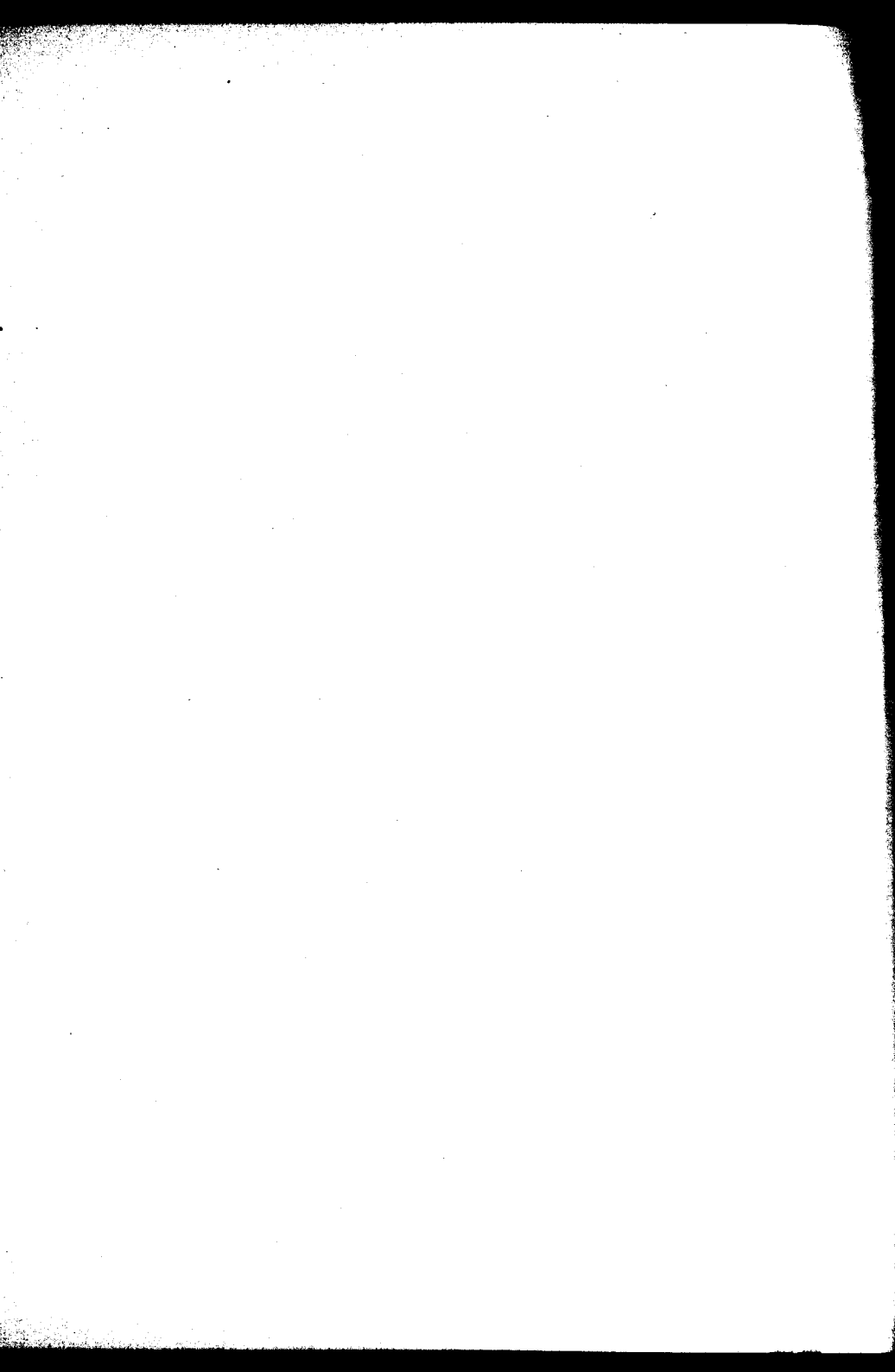


Fig. 11



descendían más abajo, de manera que los orígenes de los lados del pedículo estuviesen sobre la misma vertical.

Dieffenbach hizo llegar la línea que descendía, más abajo directamente a la pérdida de sustancia.

Lagenbeck, Szymanouski han añadido sobre la incisión alta, una incisión liberatris.

El cuerno carnososo que queda después de la rotación, ha sido objeto también de varios tratamientos, pues a pesar de que la cicatrización lo disminuye, siempre quedaba muy visible, produciendo mal efecto.

En la India los Koomas seccionaban secundariamente el pedículo, cuando la reunión del colgajo estaba asegradua; lo mismo hicieron Sutelisse, Carpue, Delpech y Graefe.

Velpeau después de esta sesión hacía en la raíz de la nariz una especie de hoyo para ubicar el muñón del pedículo.

Blandín aviva la piel subyacente, adelgaza la raíz del pedículo y los aplica uno a otro. Lagenbeck trata de avivar desde el principio la piel del dorso de la nariz, de manera que el pedículo torcido pueda soldarse sobre ella en toda su extensión.

Labat, Phillips alojaban en una incisión el pedículo.

Lallemand en 1823 para un caso de keiloplastía demostró toda la ventaja que tiene, terminar una de las incisiones laterales del pedículo, directamente a la pérdida de sustancia a llenar; Dieffenbach aplica este pro-

cedimiento a la rinoplastía, haciendo de esta manera progresar considerablemente el método indio, pues sin evitar la formación del cono de torsión, atenúa en mucho su salida.

Método francés.— O de Celso, consiste en tapar un orificio por medio de colgajos extraídos por deslizamiento, de los costados de dicha pérdida.

Este método se usa para las rinoplastías parciales y dan en ellas buen resultado, nosotros no hemos tenido por otra parte más que practicarlo como complementario.

Se avivan los bordes de la pérdida de substancia y se trazan un cierto número de incisiones divergentes, a partir de su centro, los colgajos así determinados tienen un borde superior adherente que viene a servir de pedículo. Si el deslizamiento no es suficiente se añaden incisiones liberadoras.

Han practicado este método con más o menos éxito Larrey, Bonisson, Szymanowski, Dieffenbach, Buron, etc.

Método italiano.—Consiste en tallar un colgajo sobre la piel del brazo que es nutrido por un pedículo unido a aquél y que se secciona una vez que se ha hecho la cicatrización.



Fig. 9

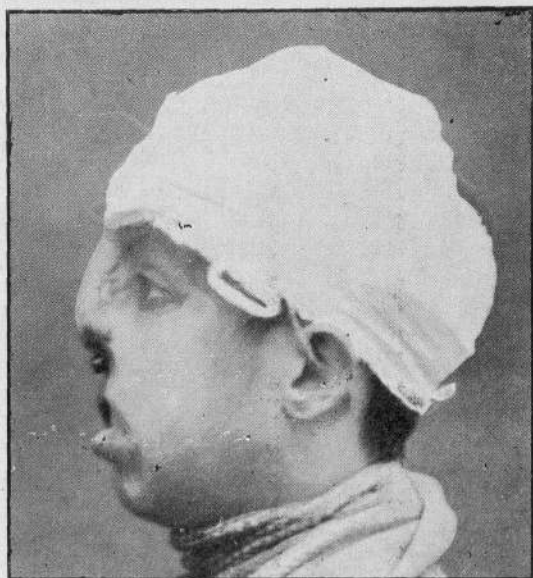
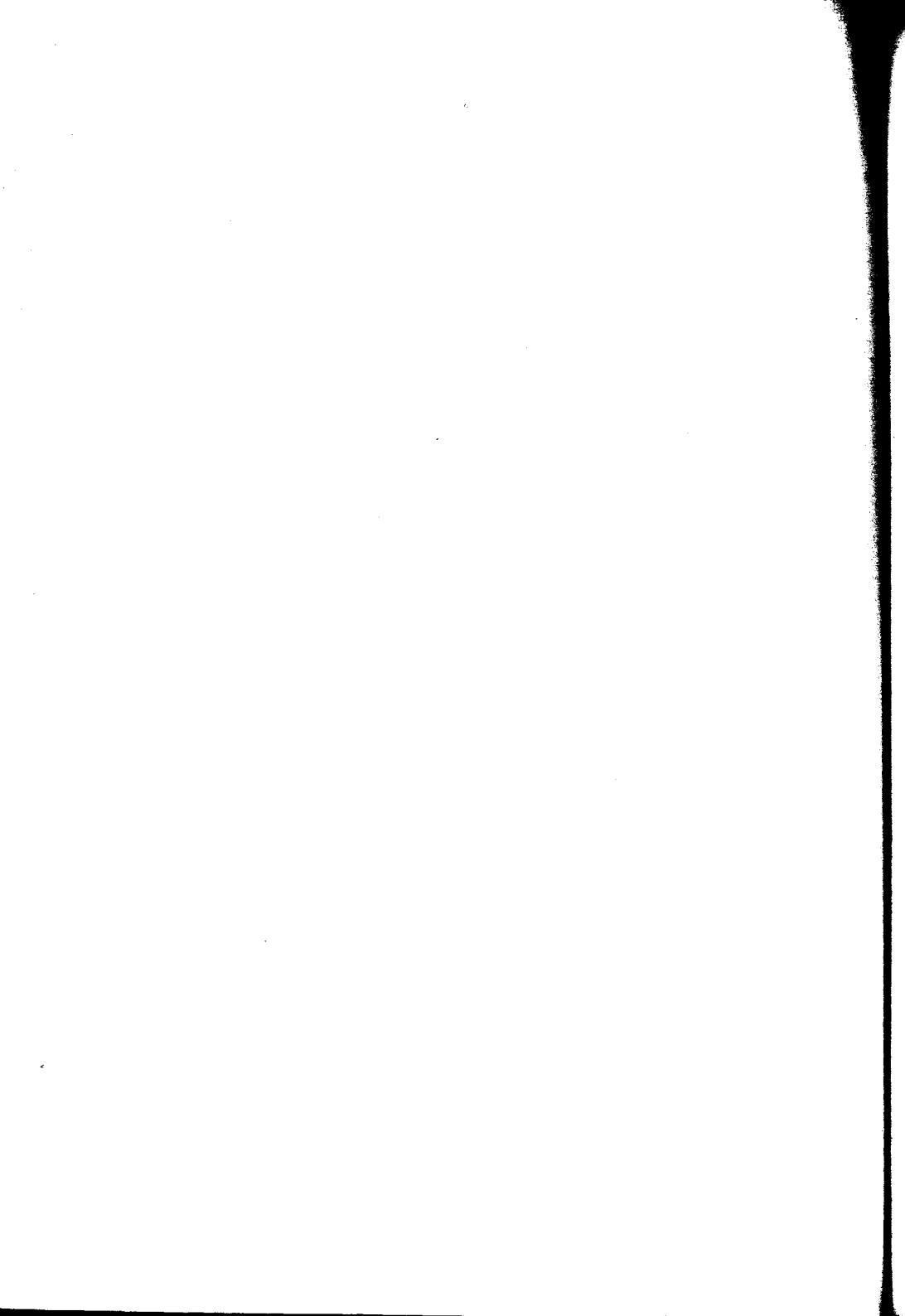


Fig. 9 bis



CAPÍTULO VII

TÉCNICA Y MÉTODOS APLICADOS

EN

NUESTRAS INTERVENCIONES

Como digo en otro lugar en las operaciones de rino-plastia no hay incisiones matemáticas, sino que hay casos. Cada enfermo es diferente del otro y requiere su colgajo especial parecido a lo clásico, pero modificado y adaptado a su lesión.

Nosotros siempre hemos practicado método indio, tratando de darles una base ancha, y si es posible hacerlo sobre el borde superior de la ceja, pues siendo una región muy irrigada, el colgajo no corre peligro de necrosarse.

Deben ser siempre un poco más grande que la parte a recubrir, pues la retracción consecutiva los deja bien y no produce tironeamientos, un colgajo ancho y bien nutrido no se necrosará nunca y la cicatrización será buena y rápida, pero si es por ejemplo muy largo y

de poco ancho la punta y los bordes, es seguro que se perderán.

Hemos tratado con el doctor Del Valle de reforzar y darle sostén a los colgajos por medio de injertos de cartílago costal que gracias a la asépsia, han prendido todos sin excepción, a pesar de operar en campos infectados por corizas purulentos crónicos, que era imposible modificar.

La eficacia del sostén por ese medio es aceptada por todos los clásicos y si antes no la practicaban con frecuencia o fracasaban, era debido a que los cartílagos se infectaban al hacer el injerto y a los pocos días eran eliminados por la supuración.

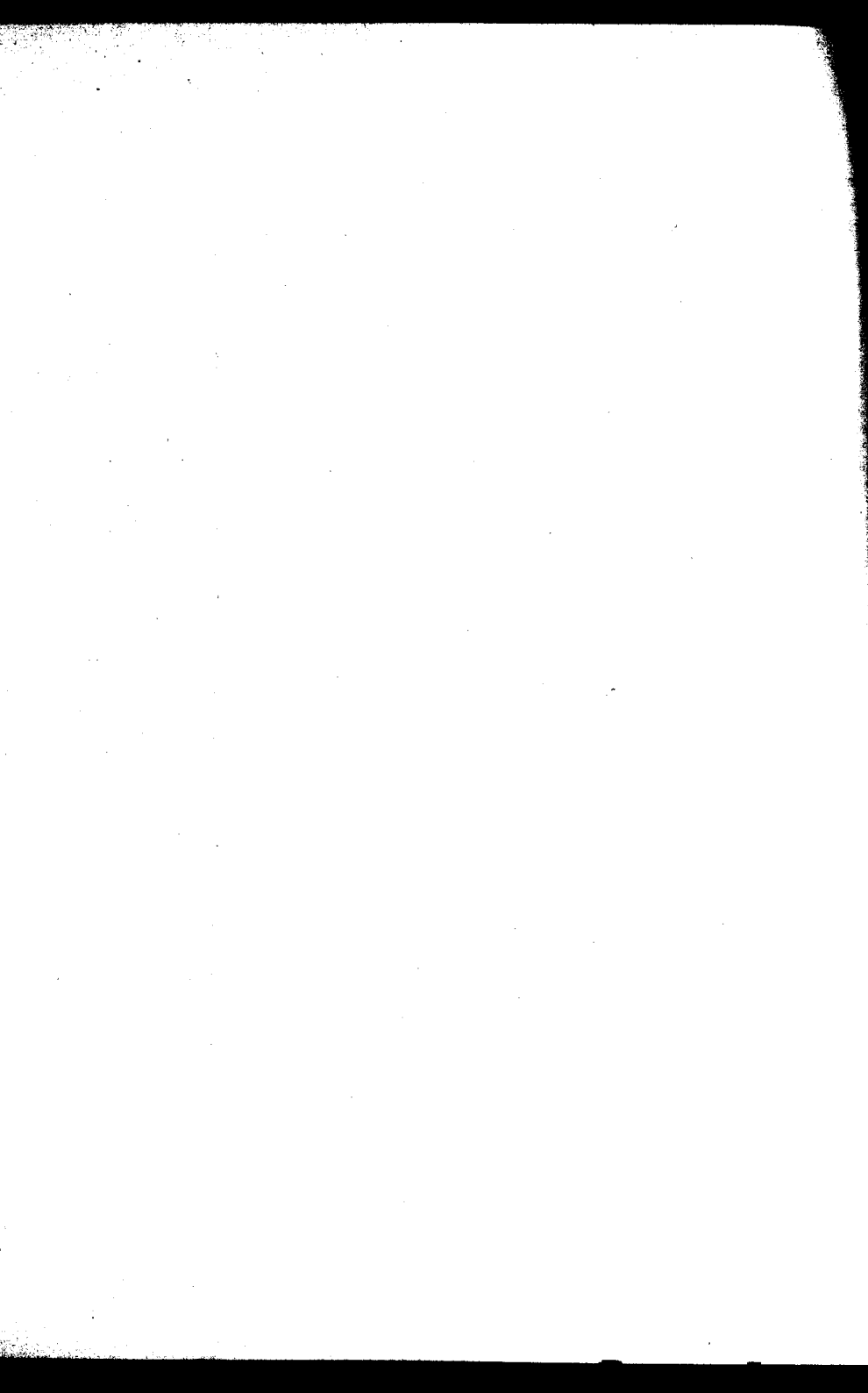
Otra condición esencial para que dé resultado práctico este método, es dejar contraer muchas adherencias al cartílago por que sinó en las maniobras operatorias de la rinoplastía es fácil que se desprenda o elimine. Preferimos en resúmen, el método indio por las siguientes razones: Porque la nutrición es muy abundante, porque tiene pedículo autóctono que no sufre ni esta expuesto a tironeamientos perjudiciales para la buena cicatrización que es la principal dificultad del método italiano: evita la posición incómoda y dolorosa del enfermo durante los quince días en que se separa el brazo de la nariz en dicho método. Porque la estructura de la piel de la frente es más parecida que la del brazo a la piel nasal.



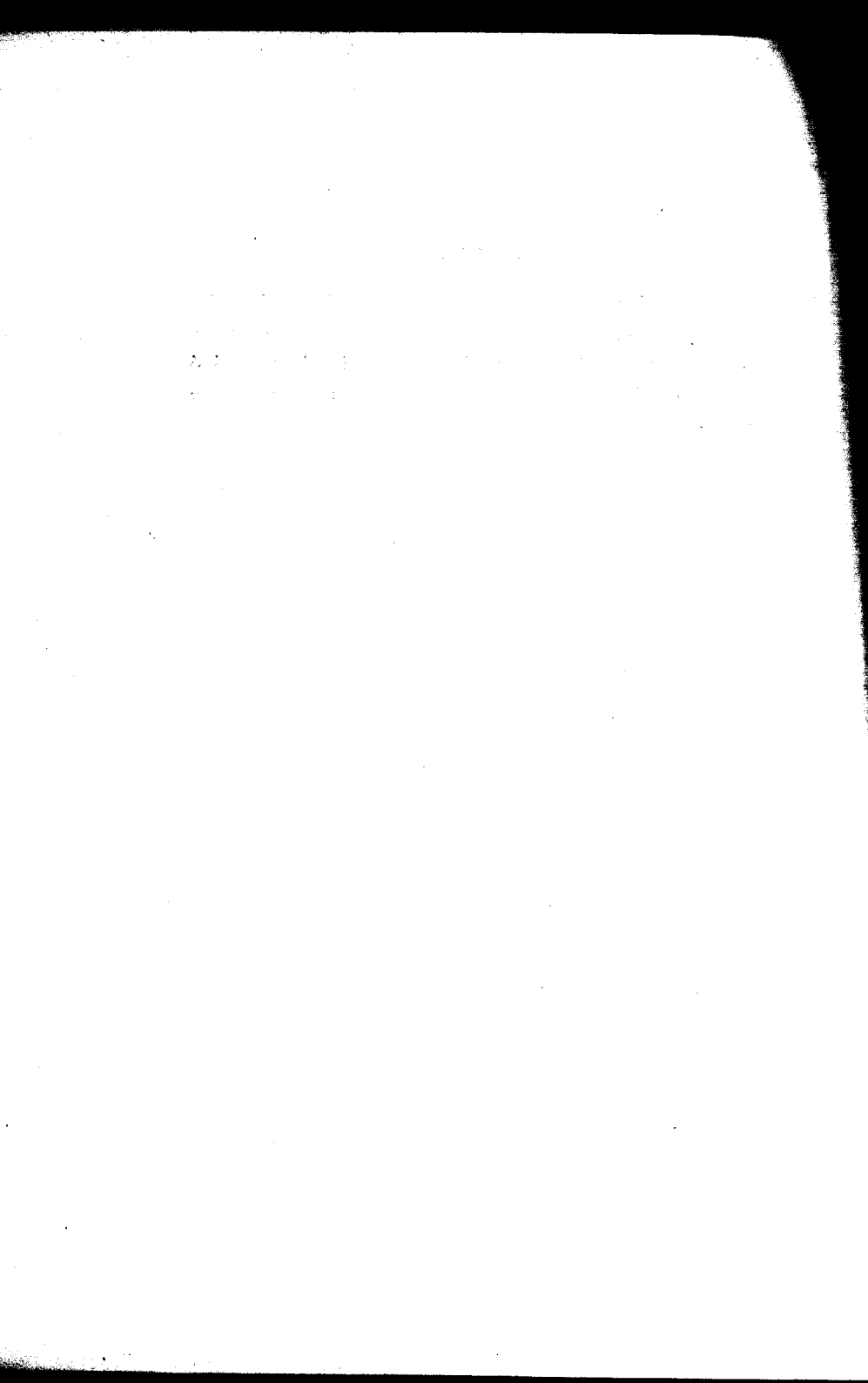
Fig. 12



Fig. 13



La herida de la frente del método indio puede dejar una gran pérdida de substancia, pero que, se puede puede tapar con injertos a distancia, de la pierna o sinó curar por segunda, al cabo de dos meses casi no se nota la cicatriz como se puede comprobar en algunos de nuestros casos.



CAPÍTULO VIII

RESTAURACIÓN TOTAL DE LA NARIZ

De esta variedad tenemos dos casos, cuyos procesos y lesiones están descriptas en sus respectivas historias.

Al final de cada una describiré la técnica operatoria; se debe tener presente que son enfermos operados recientemente y que son operaciones que requieren de uno a dos años de tratamiento y retoques para quedar completos.

Todos los casos que publica Morestin en su tratado de cirugía de la cara, son enfermos que el que menos tiene de operado, es ese tiempo.

OBSERVACIONES No. 1

Sala XIV del Hospital San Roque.

A. P. 14 años, soltero, argentino.

Ant. hereditarios.—El padre a los 55 años tuvo una hemorragia cerebral, quedando una hemiplegía consecutiva del lado derecho. Al poco tiempo fué conducido al manicomio, pues fué presa de una enfermedad mental.

Murió en ese establecimiento. La madre vive, ha tenido cinco hijos que son sanos y viven. Y de un segundo matrimonio tuvo tres que gozan de buena salud.

Además ha tenido durante la vida del primer marido nueve abortos, siete de dos a tres meses y dos partos prematuros; sufre cefalalgias intermitentes. Como se vé los antecedentes de los padres son bastantes completos para sospechar su estado sifilítico.

Ant. personales.—Cuando nuestro enfermo tenía pocos meses le aparecieron unas ulceraciones alrededor del ano y fueron diagnosticadas en el Hospital de Clínicas como de origen específico, tratándolo con fricciones mercuriales.

Enfermedad actual.—A los nueve años empezó un proceso ulcerativo en el labio superior y ala de la nariz que con una evolución de cinco años ha seguido avanzando a pesar del tratamiento intensivo con sales de mercurio. Lo atendieron tres años en el Hospital Italiano y luego fué enviado al Servicio del doctor Sommer donde se continuó con diversos tratamientos específicos.

Estado actual.—Muchacho bien desarrollado, regular, panículo, adiposo, buena musculatura.

Nariz.—De frente se nota el nacimiento de la nariz normal, pero en seguida se nota también, que faltan los huesos propios, las apófisis montantes, el lóbulo, las alas y las ventanas; habiendo quedado una superficie plana con tejido cicatricial y con un agujero en el centro



Fig. 14



Fig. 15



del tamaño de una moneda de cinco centavos, situado en la línea media y a dos centímetros por encima de la boca, este agujero dá salida a una secreción muco-purulenta fétida, es insuficiente para la respiración, teniendo que hacerlo por la boca. El labio superior completamente atrofiado casi sin superficie de mucosa externa y recubierto por tejidos de cicatrización, dejando descubiertos los dos incisivos superiores. Al abrir la boca lo hace a expensas del labio inferior quedando el otro inextensible.

Las comisuras labiales quedan en este movimiento a diferente altura, dando a la boca un aspecto irregular.

Mirando de perfil la cara, se podría representar por una línea casi recta. El punto más saliente viene a ser donde terminan los restos de los huesos propios.

Cuello.—En la región supra hyodea se nota una cicatriz de dos centímetros de extensión, de un glanglio supurado según dice el enfermo.

1.ª Operación.—6 de Diciembre de 1913. Lo interviene el doctor Del Valle, ayudando el practicante mayor Basavillbaso anestesia general por éter.

Del reborde costal izquierdo sacamos un fragmento de cartilago de dos centímetros, que se injerta entre la piel y el periostio de la frente y dos de un centímetro a ambos lados del orificio nasal.

Todas las heridas curaron por primera.

Entre la primera operación preliminar y la segunda se le hacía tratamiento por medio del neo-salvarsan.

2.^a *Operación.*—El 30 de Abril de 1914 lo opera nuevamente el doctor Del Valle.

Anestesia rectal con éter.

Traza un colgajo en la frente según la técnica que he expuesto en otro lugar. La incisión rodea al cartílago injertado.

Hace una incisión en forma de V invertida y otra paralela a ella, entre estas están incluídos los cartílagos laterales que vendrán a hacer las futuras alas de la nariz.

Aviva la superficie, resecaando el triángulo que en el esquema N.^o 10 aparece punteado. Hecho esto descendiendo el colgajo y por medio de suturas intradérmicas, lo adosa para darle un sostén. Como faltaba tabique hace durante la intervención un trípode con alambre de platino que ha servido para sostener el conjunto, provisoriamente hasta una nueva intervención.

M. G., soltera, sirvienta, española.

OBSERVACIÓN No. 2

Ant. hereditarios.—Sin importancia.

Ant. personales.—Ha sido siempre sana.

Enfermedad actual.—En España hace 8 años, tuvo una ulceración en el interior de la nariz que fué tratada por un raspaje, luego notó que la nariz poco a poco se deprimía y 6 meses después el proceso aparecía al exterior ulcerando la piel del lado izquierdo de la nariz.

Estado actual.—Enero 22 de 1914. Muchacha bien

constituída, con buen esqueleto, buenos músculos y regular panículo adiposo.

Cara, frente, mejillas y boca, normales.

El ojo izquierdo está afectado de dacrocistitis crónica.

Nariz, la raíz sumamente ancha y deprimida, habiendo 4 centímetros de separación entre las comisuras orbitarias internas. En el dorso de la nariz hacia el lado izquierdo se observa una gran pérdida de substancias de 2 cent. y $1/2$ de largo por $1\ 1/2$ de ancho, de forma ovalar y con el gran eje dirigido de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera. Los bordes de este orificio formado de tejidos cicatrizal son lisos. Las alas de la nariz están atrofiadas y retraídas hacia arriba, lo mismo los orificios externos que miran hacia adelante y son muy pequeños. Del lóbulo apenas queda una pequeña saliencia formada por el tabique recubierto de piel.

En el dorso hay una cicatriz que sigue la línea media y otra en el surco naso-génio derecho.

Febrero 2 de 1914.

1.^a Operación.—Hecha por el doctor Del Valle, ayudante el practicante mayor Basavilbaso.

Se hace un colgajo de forma ojival en la frente, fig. 17, la base queda sobre la ceja derecha, se avivan los bordes de los restos de nariz y con suturas intra-dérmicas se adosa. La punta del colgajo es doblada hacia

adentro y sujeta por un punto para formar el ala de la nariz izquierda.

El mismo día a las 5 de la tarde, se levanta la curación, la punta del colgajo está cianótica el resto muy bien.

Febrero 5, hay necrosis de la punta y dacrocistitis. Se saca con pinza la parte necreosada.

Con curaciones diarias cicatriza todo en 15 días. La primer fotografía fué sacada a los tres días de operada, así que todo el colgajo está muy edematoso; la segunda es ya a los dos meses, así que hay gran diferencia.

Por la necrosis sufrida por la punta, hubo que traer un colgajo por deslizamiento de la mejilla, como se vé en las figuras números 17 y 18, esta 2.^a operación fué hecha tres meses después de la intervención principal.

Solo tenemos de esta variedad un caso que describo a continuación. Obturamos el orificio lateral, por medio de un colgajo indio, reforzado con cartílago costal y, cuando la cicatrización se hizo, separamos la hoja de la base del colgajo, restituyendo ésta a la frente, de manera que no hubo casí pérdida de piel frontal, según se nota en la fotografía.

OBSERVACIÓN No. 3

E. L., 40 años, casado, agricultor, oriental.

Ant. personales.—A los 11 años fiebre tifoidea, de la que curó bien, a los 33 tuvo en chancro en el surco

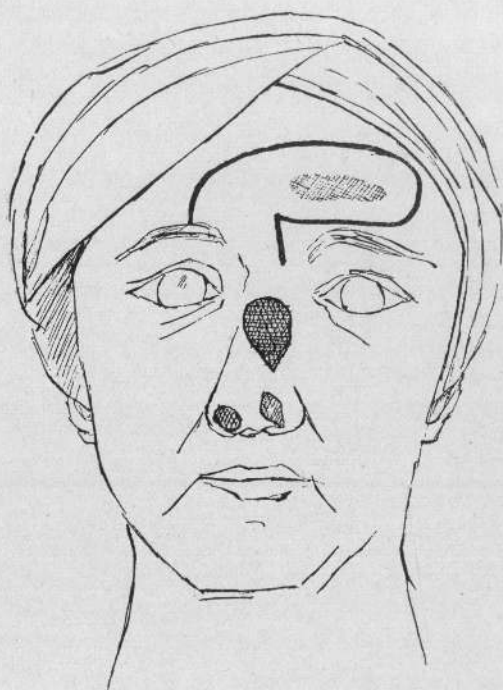
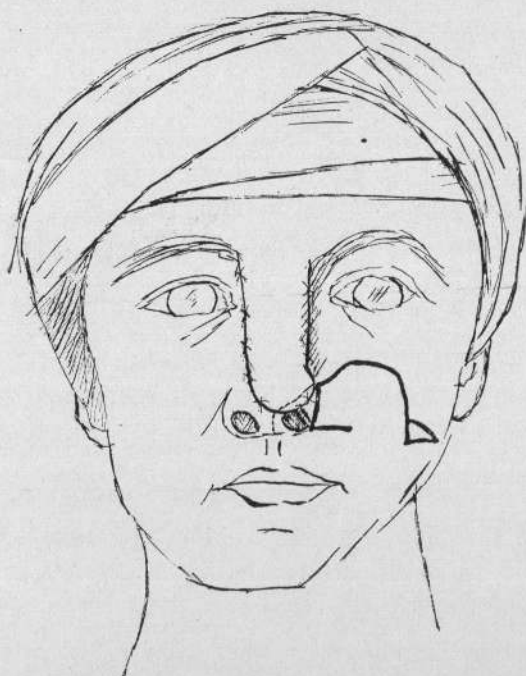
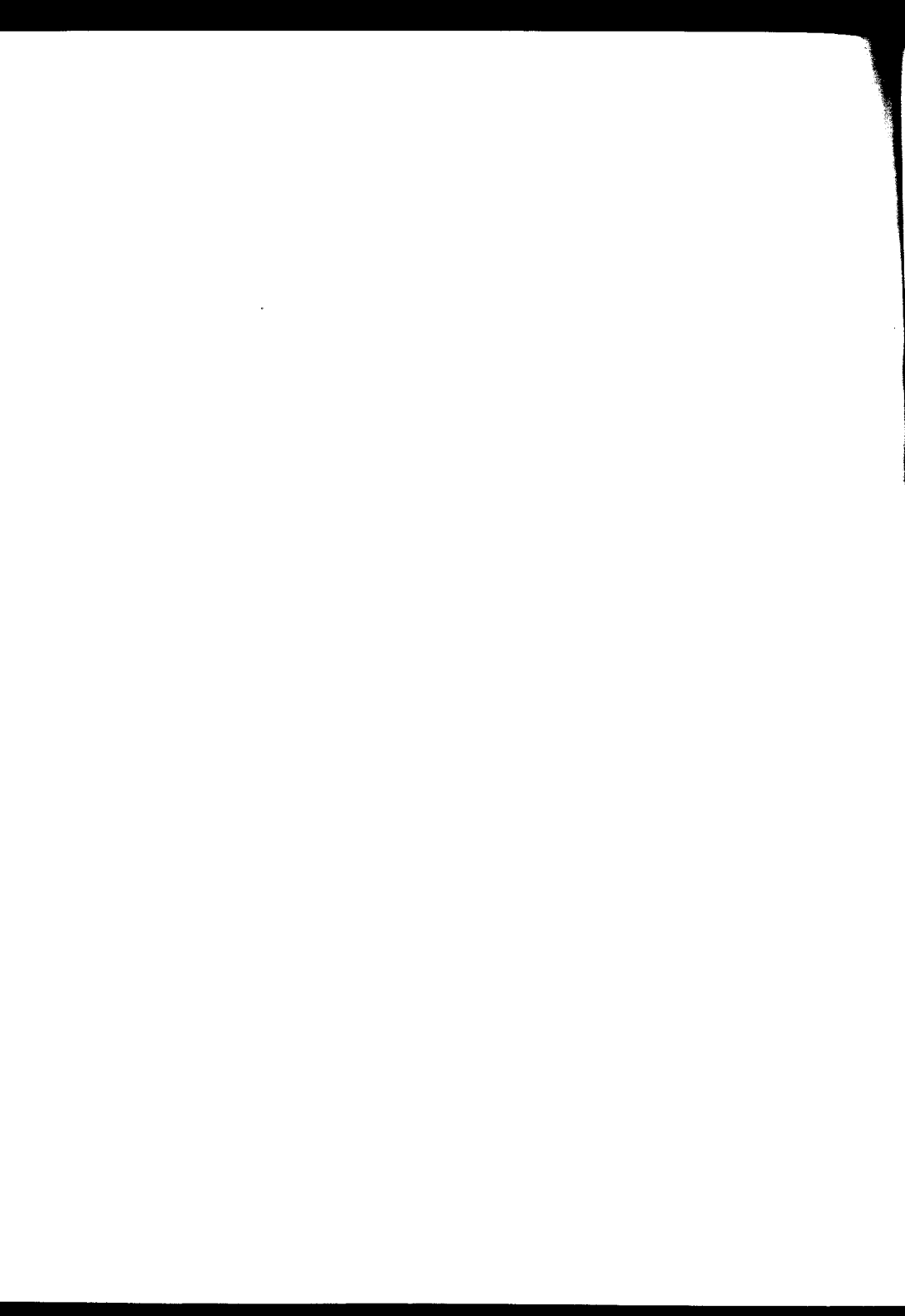


Fig. 16





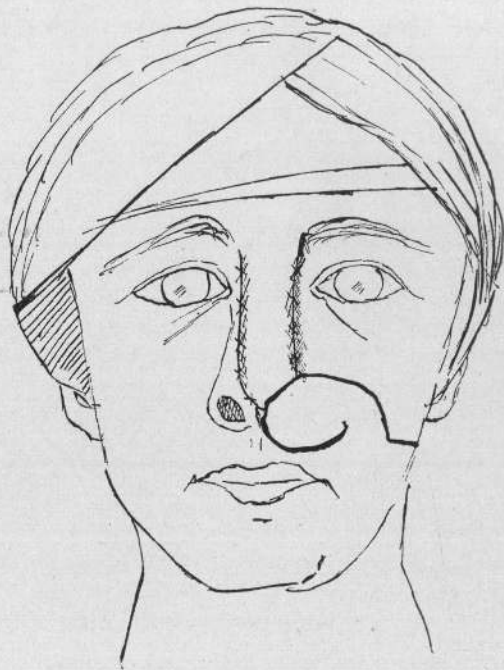


Fig. 18

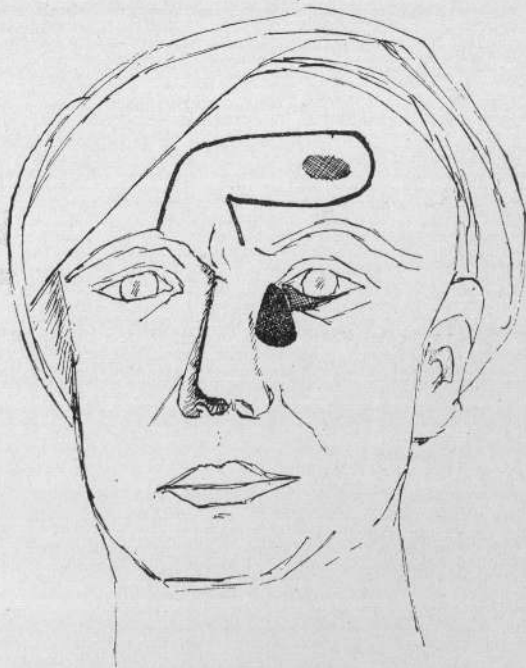
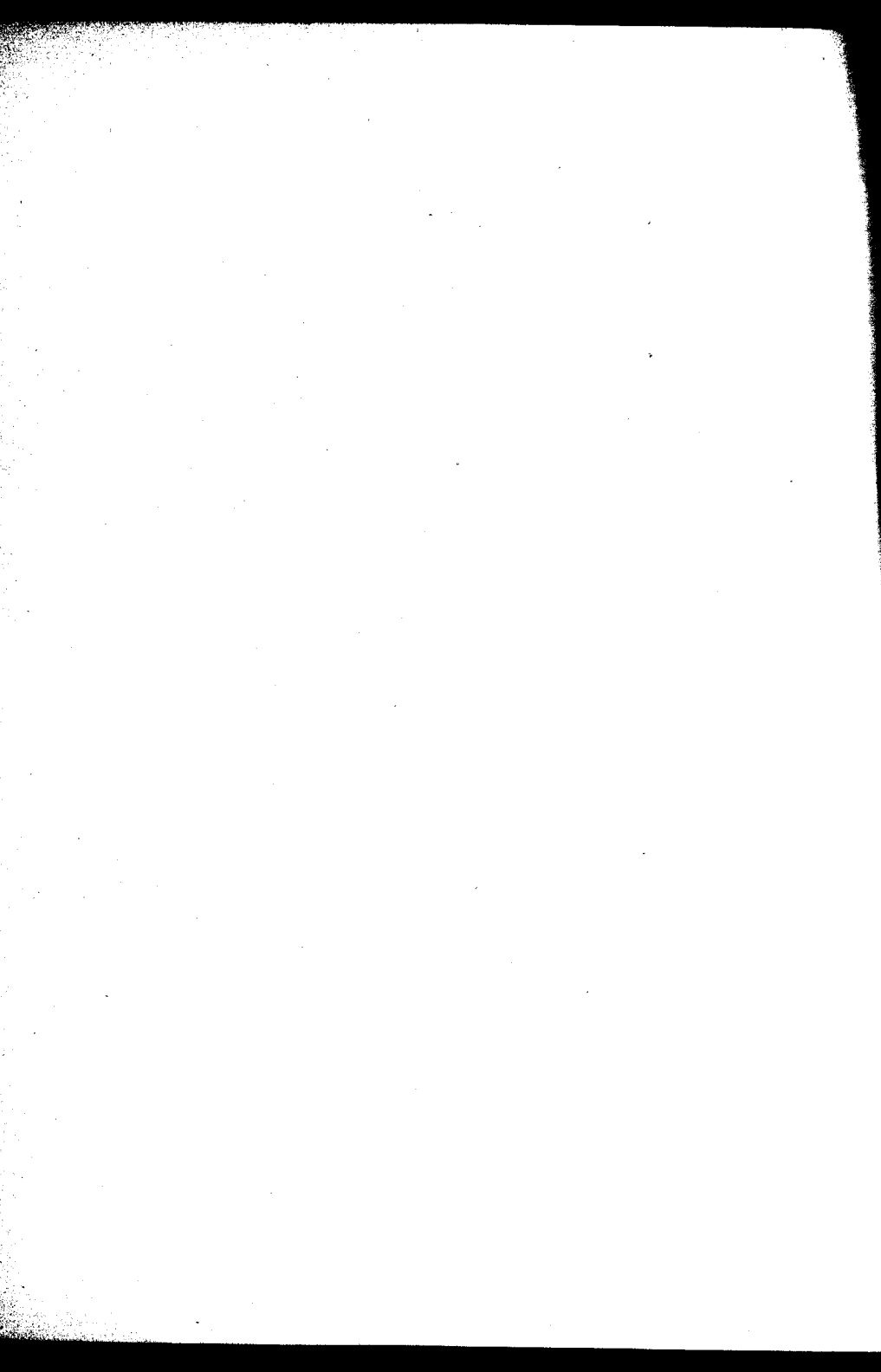


Fig. 19



balano prepucial con infarto ganglionar indoloro, hubo caída de pelo roceola y cefalalgía nocturna, se hizo tratamiento mercurial y arsenical dejado hace dos años.

Enfermedad actual.—En Enero de 1913, un ternero le dió una patada en el lado izquierdo de la nariz que no produjo ningún trastorno aparente. Ocho días después notó gran inflamación muy dolorosa. Consultado al médico le aconsejó lavajes de ácido bórico intra-nasales y como no sintiera mejoría resuelve venir a Buenos Aires, ingresando a un Hospital; dondó constataron una perforación de la nariz y otras dos de la bóveda palatnai del mismo lado. Diagnosticaron miasis de las fosas nasales y le hicieron lavajes de albahaca que dieron salida a gran cantidad de gusanos.

A los 6 días curaba la miasis. Después intentaron reparar la perforación externa, afrontando los bordes, operación que no dió resultado.

Un año después ingresa a la sala 14 del Hospital San Roque, habiéndomelo recomendado mi amigo y colega doctor Parma.

Estado actual.—Hombre bien constituido, con buenos músculos y buen panículo adiposo, piel blanca.

Cara, en la región lagrimal izquiérda se ve una perforación ovalada que empieza a 1 cent. de la comisura interna del ojo y llega hasta el principio del surco nasogénio. En ancho ocupa el ángulo diedro que forma la nariz con la mejilla, los bordes son lisos con

tejidos cicatrizal, siendo este más compacto en los ángulos. Por la perforación se ve el interior de la nariz que corresponde al meato medio.

En el párpado inferior existe un ectropión cicatrizal, estando adherido al borde externo del ojo. El resto de la cara normal.

Boca, en la bóveda palatina se observa un agujero del tamaño de una arveja, situado entre la línea media y el reborde alveolar y en el surco gingivo alveolar en frente del primero del mismo lado izquierdo otro orificio de iguales diámetros y caracteres.

Estas pérdidas de substancia ponen en comunicación la boca y la nariz por donde pasan fácilmente los líquidos ingeridos.

En el maxilar superior solo hay un primer molar izquierdo, en el inferior conservan nada más que los incisivos y caninos.

Se le hace tratamiento mercurial durante un mes y la primera intervención se lleva a cabo el 23 de Enero de 1914.

Operación, hecha por el practicante mayor Basavilbaso, ayudante practicante menor Biscayart, anestesia, éter.

Preparados los campos operatorios convenientemente, se saca del segundo cartílago costal un fragmento de 2 cent. de largo próximamente y por una incisión de 1 centímetros, se hace un tunel entre la piel y el perios-

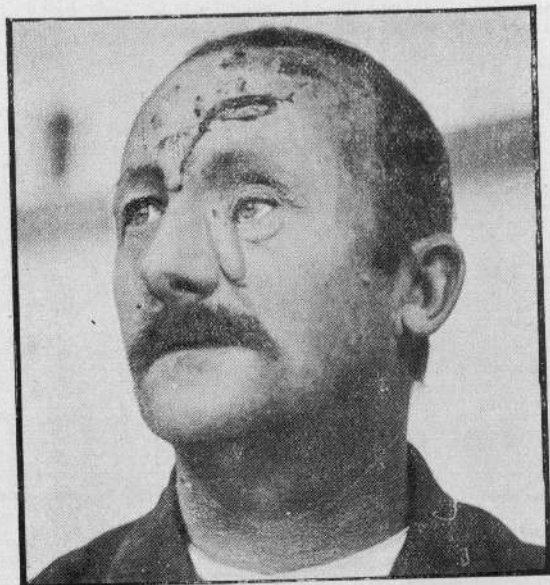


Fig. 20

Fotografía tomada a los 5 días de la última intervención



Fig. 21

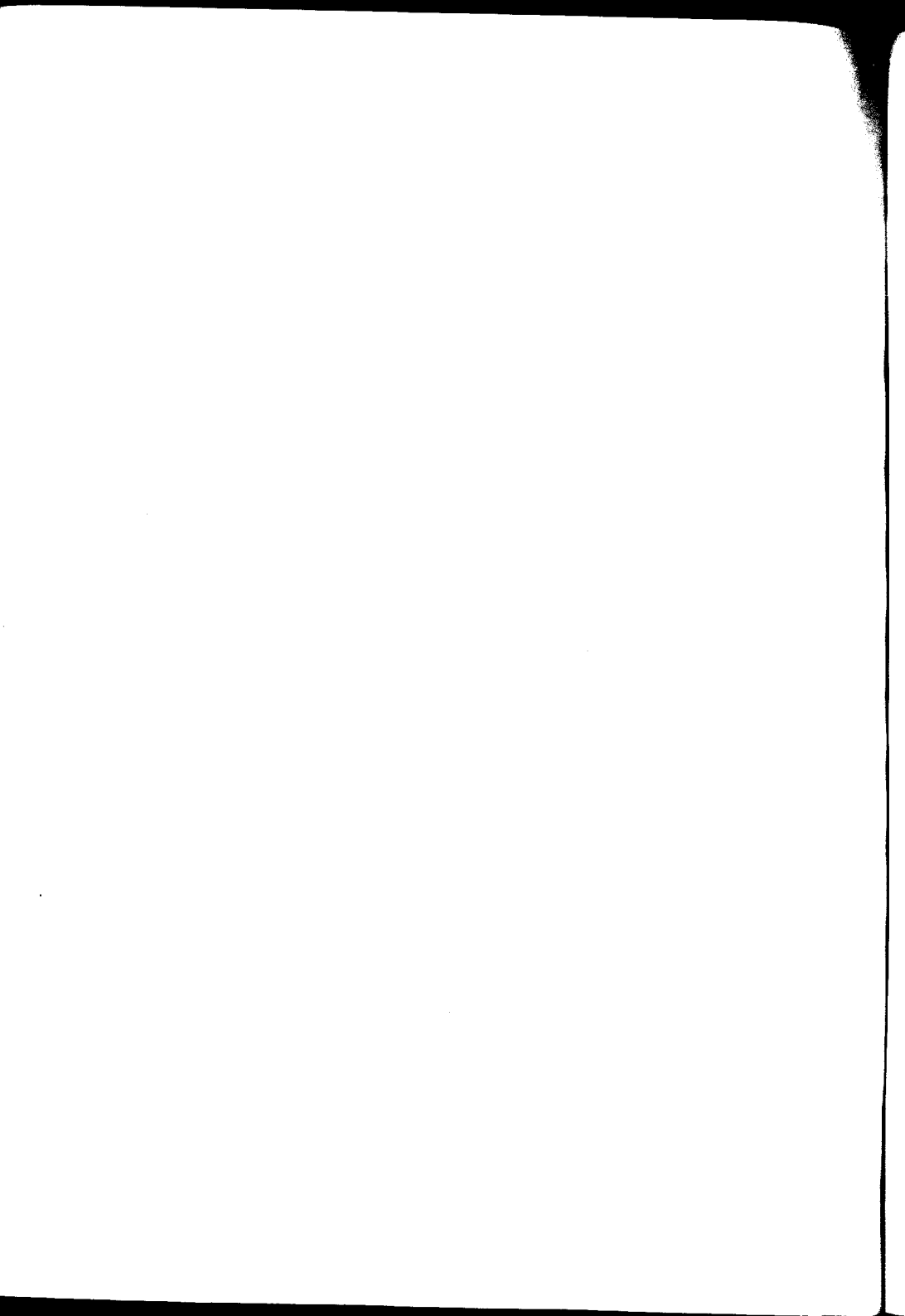
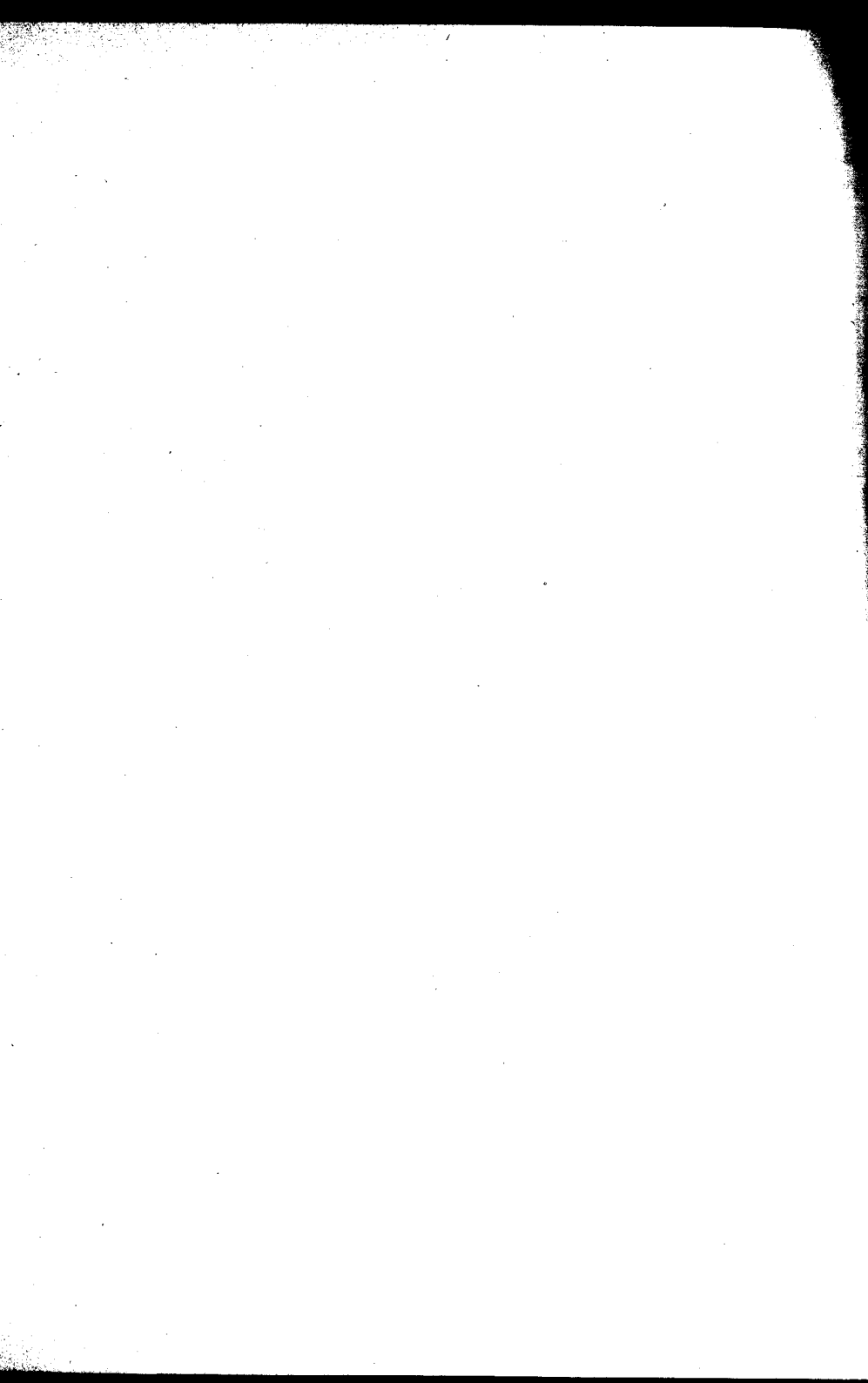




Fig. 23



Fig. 24



tio de la frente y allí se aloja. Con un punto de crín se cierra la incisión que cura por primera a los cinco días. La herida operatoria del tórax se sutura con crín, intra-dérmica y cierra en las mismas condiciones de la primera.

El 25 de Marzo le practicamos la intervención principal. Durante los dos meses transcurridos le hemos suministrado tratamiento antisifilítico y curaciones en las fosas nasales, para modificar el coriza muco-purulento existente.

2.^a Operación, después de anestesiarlo con éter por medio del aparato de Ombredanne.

Lo opera el practicante mayor Basabilvaso, ayudante el doctor Del Valle. Siguiendo la norma de conducta expuesta en otro capítulo sobre dimensiones y forma, practicamos el colgajo de la fig. N.º 19.

De la mitad de la ceja derecha hicimos una incisión tres cent. para arriba, luego haciendo un ángulo curvilíneo, seguimos la horizontal hasta un cent. por fuera del cartílago injertado, contorneamos éste y con una incisión también angular curva, llegamos hasta el medio del entrecejo.

En la base solamente incidimos piel y tejido celular, pero alrededor del injerto hicimos un colgajo de periostio, que viene a doblar a aquél por la cara interna del cartílago injertado.

Una vez disecado todo el colgajo, lo envolvimos

en compresas, haciendo hemostasia del campo operatorio, pues da abundante sangre.

Luego nos ocupamos de la pérdida de substancia y del ectropión. Disecamos los bordes cicatriciales del agujero y libramos el párpado inferior. Este recupera su posición normal, hecho esto bajamos el colgajo que unimos a los bordes avivados del agujero con sutura intradérmica quedando aquél perfectamente obturado.

El cartilago ha venido a quedar sobre la misma pérdida.

Se le hace suero fisiológico y a la tarde levantamos la curación, todo estaba en perfectas condiciones.

Veinte días después cierra perfectamente su ojo, cosa que era imposible, el colgajo ha prendido en toda su extensión y la herida de la frente que no se suturó para evitar tironamientos está llenada por brotes carnosos.

A los 15 días el doctor Del Valle independizó la hoja del colgajo de la base restituyendo a aquélla a la frente donde no se nota casi la cicatriz, según lo prueba la última fotografía.

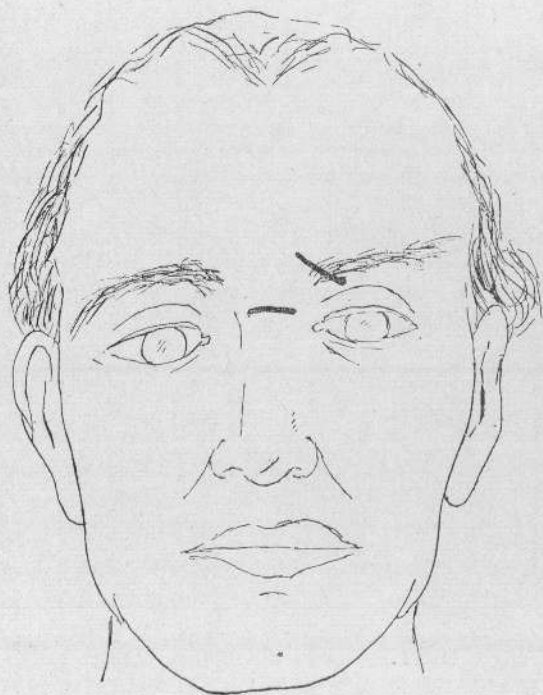


Fig. 22

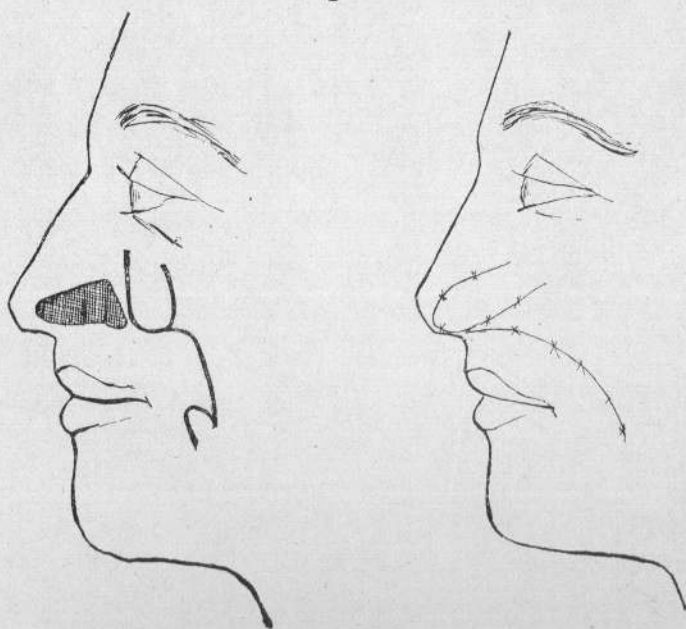
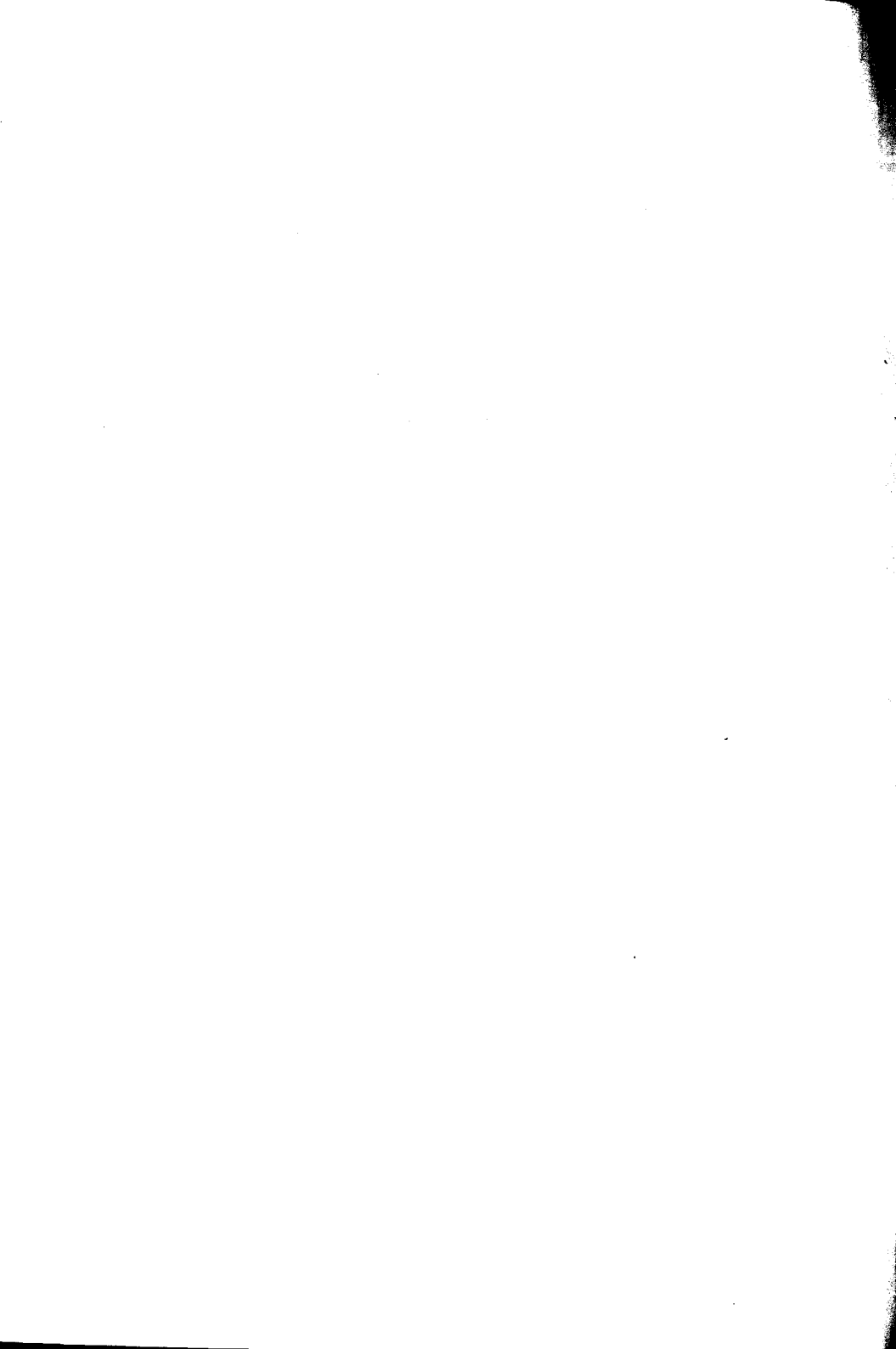


Fig. 25



RESTAURACIÓN DE LA NARIZ EN SILLA

Cualquiera que sea el grado de la lesión, desde la simple depresión hasta el hundimiento completo de la nariz, la deformación es siempre compuesta de dos elementos: la depresión de la raíz de la nariz y la elevación anormal de su punta». Ombredanne y Nelaton.

Me ocuparé preferentemente de aquellas deformaciones que siendo marcadas afectan solamente el dorso, las otras más graves y en las cuales la punta y los agujeros miran arriba y adelante por falta del esqueleto necesitan una operación más sangrienta y más grave no habiendo tenido ocasión de operar ningún caso.

Para corregir el dorso y hacerlo recto, hay muchos procedimientos: inyecciones subcutáneas de parafina y vaselina con todas sus ventajas e inconvenientes.

Aparatos de Chaput, Pease, etc.: autoplastias con piel de Dieffenbach y Fergusson: con periostio de Reverdin: con cartilago costal de Von Mangold y nasal de Czerny y con huesos frontal, metatarsiano tibia, etc., de Ricard, Israel y Wolff, nosotros hemos hecho el método de Von Mangold, fig. núm. 22.

La incisión sobre la ceja marcada en el mismo es-

quema la he practicado en el cadáver y permite perfectamente llegar por medio de un túnel subcutáneo hasta el dorso de la nariz y depositar allí el fragmento del cartilago. He buscado una incisión parecida en los tratados de rinoplastía sin hallarla, de manera que no ha sido experimentada en el vivo. Creo que reúne ventajas, pues disminula por completo la cicatriz.

El método de corrección de nariz en silla por medio de injertos de cartilago costal es, me parece, el que reúne mejores condiciones, pues es de una técnica fácil; el enfermo cura en ocho días, la nariz queda recta y por último haciendo la incisión de la ceja no quedan rastros de la operación.

No tiene los inconvenientes de las inyecciones de parafina que son dolorosas y exponen al enfermo a embolias mortales; no es un cuerpo extraño, pues a los pocos días de injertado el cartilago contrae adherencias e irrigación íntimas.

A continuación describiré un caso operado en el servicio.

OBSERVACIÓN No. 4

Sala XIV del Hospital San Roque.

N. N., de 25 años, argentino, soltero.

Antecedentes. Sin importancia.

Antecedentes personales. No ha tenido venéreas ni sífilíticas. Hace tres años sufría un coriza fétido que le traía grandes molestias.

Enfermedad actual. Hace diez meses que sentía un fuerte dolor en el interior de las fosas nasales, cefalalgia; al hacerse un lavaje nasal vió que salían gusanos a los diez días curó usando agua de albahaca al interior de la nariz.

Al tiempo notó que paulatinamente el dorso de la nariz se deprimía.

Estado actual. Hombre bien conformado, buenos músculos, regular panículo adiposo.

Nariz. De tamaño normal, piel blanca, en buen estado; el dorso se nota deprimido y el lobulo ligeramente levantado a la palpación se constata que los huesos propios y los apofisis montates del maxilar superior están sanos, de manera que la depresión obedece entonces a un proceso del tabique.

Examen rinoscópico. El doctor Segura practica ese examen y constata lo siguiente: el tabique con una enorme perforación en su parte anterior que llega casi hasta el borde anterior. Cornetes inferiores atrofiados y un proceso antiguo de ozena con sus caracteres habituales; la depresión obedece a la falta de sostén del tabique.

Se trataba de un caso sencillo e interesante a la vez, corregir por medio de injertos una deformación en silla cuyo origen era la miasis. Tomamos un molde en yeso del dorso de la nariz y de esta manera nos dimos cuenta del tamaño y forma que debía tener el cartilago a injertar.

Preparado el enfermo procedimos varios días des-

pués del primer examen, a intervenirlo, el 10 de enero de 1914. (Figuras 23 y 24).

Operador: doctor Del Valle.

Ayudante: practicante mayor, Basv'ltbaso.

Anestesia, éter, administrado por medio del aparato de Ombredanne, especial para estas clases de intervenciones.

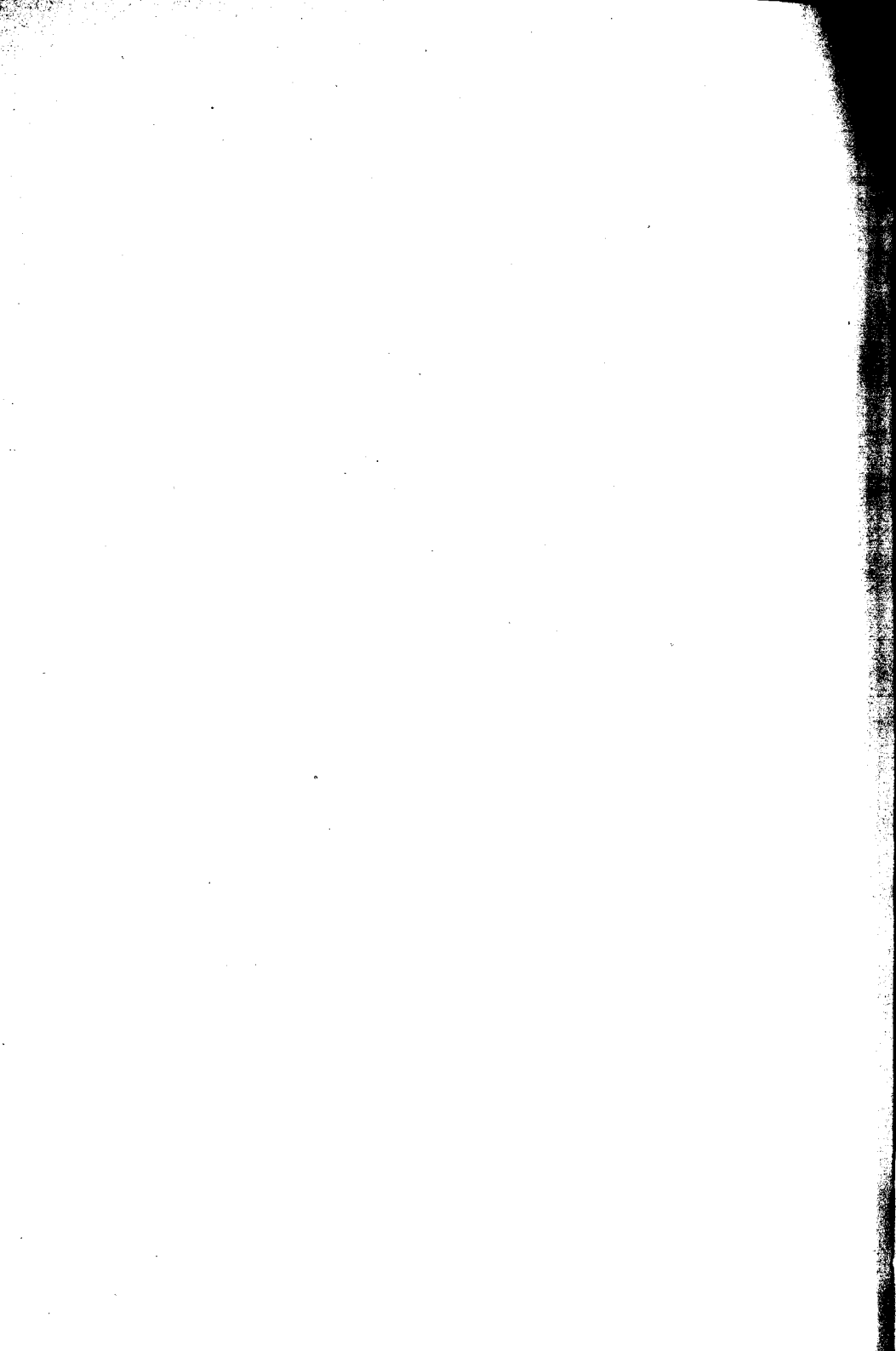
Del cartílago de la décima costilla sacamos un trozo de un centímetro de largo y medio de ancho que era el tamaño necesitado. Se taponó la herida y en el dorso de la nariz después de haberlo preparado convenientemente hicimos a mitad de altura de los huesos propios una incisión transversal de un centímetro; con una pinza abrimos un túnel subcutáneo y allí depositamos el fragmento de cartílago. Hicimos un punto intradérmico de crin en la herida nasal y puntos comunes en la torácicas, las dos curaron a los seis días.



Fig. 26



Fig. 27



CAPÍTULO IX

RESTAURACIÓN DEL ALA DE LA NARIZ

Para esta clase de lesiones hay una gran variedad de métodos operatorios y todos en general dan buen resultado estético y funcional.

Si la pérdida de substancia es pequeña con cualquier método se le repara fácilmente. Cuando falta completamente el ala, se deben preferir las intervenciones en que el colgajo es doble o con sostén cartilaginoso, pues si se hace con piel simplemente ésta queda flácida y obtura el agujero nasal en cada inspiración.

Tienen operaciones para restaurar el ala de la nariz: Dieffembach Labat Zoiss, que sacan colgajos de la frente Dcronvilliers, Alquié, Langenbock, Dupuytren, Sedillot, que lo hacen trayendo por deslizamiento colgajos de la mejilla del labio superior, del lado sano de la nariz, etc.

El caso nuestro se ha hecho por deslizamiento de la mejilla con incisiones liberatrices que se ven en la figura número 25.

Los métodos preferibles, como decía hace un momento,

son los que tienen un sostén cartilaginoso. Berend desprendía de arriba a abajo un colgajo de todo el espesor de la pared lateral de la nariz. Kredel, en 1898, transplantó un trozo de cartílago de la oreja bajo los colgajos de la nariz. Nosotros en el caso de rinoplastia total hemos tratado de hacer el sostén de las alas, con injertos de cartílago costal que prendió muy bien. Este no es un caso típico, pues no tenía ni alas ni punta; de manera que me parece que en un enfermo que tenga toda su nariz, menos el ala, ésta se puede hacer perfectamente con el método siguiente:

En una primera sección injertar bajo la mejilla, un fragmento de cartílago, a los treinta días trazar un colgajo en el cual va incluido y por deslizamiento obturar la pérdida.

OBSERVACIÓN No. 1

N. S., 27 años, soltero, cortador de cuero, argentino.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales, sarampión en la infancia; a los 16 años tuvo una ulceración en el glande que curó en 15 días, fué diagnosticada como chancro blando, no tuvo adenitis inguinal. No se hizo nunca tratamiento mercurial.

Enfermedad actual, tuvo nuevamente otro chancro con infarto ganglionar, cefalalgia, caída de pelo y roseola sífilítica.

Hace cinco meses, en el ala de la nariz izquierda se formó un proceso ulcerativo que en poco tiempo destruyó toda el ala. En estas condiciones se presenta al hospital. Lo interviene el doctor Del Valle, ayudado por el practicante mayor, Allende, trazando las incisiones y colgajos que se ven en el Esquema, se le dió de alta a los 15 días.





Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor José Arce, al profesor titular doctor Marcelo Viñas y al profesor suplente doctor Rodolfo Enriquez para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gobastou.
Secretario.

Buenos Aires, Julio 6 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2864 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gobastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultados alejados de la rinoplastia.

J. Arce

II

Vitalidad de los injertos oseos.

Marcelo Viñas

III

Procedimiento de corrección de la forma de la nariz,
sin cicatriz externa.

Rodolfo Enriquez

30460



