

**JOSE MARIA VARGAS
PRIMERAS LECCIONES DE CIRUGIA
1827.**

**Primeras lecciones de Cirugía
dictas por el Doctor
José María Vargas en la
Universidad de Caracas, toma-
das y conservadas por su discípulo
Dr. José María Pelgrón.
1827.**

Cirugía Operatoria. Operaciones Elementales

La cirugía operatoria es la ciencia que enseña los conocimientos que preceden a la obra de mano, y a la aplicación de los instrumentos: es la teoría del procedimiento manual e instrumental.

Sus límites, o el caudal de su doctrina no están fijadas ni en Europa ni en América. Divergen mucho tocante a estos dos puntos, en Europa los operadores insulares y continentales.

La cirugía operatoria como ramo de enseñanza especial, no data sino de A. Pareo (1580) y no ha recibido perfección sino en el presente siglo.

I. Las operaciones elementales de cirugía: Dividen, Juntan y Destruyen los tejidos.

Por diferentes medios que son El hierro, El fuego, Las cáusticas, La Compresión, La ligadura, La moledura, El aserramiento y El Raspamiento.

Los dos últimos pertenecen en rigor al primero; pero se les ha ubicado aquí numero especial, por la especialidad de su acción.

Instrumentos

Los medios quirúrgicos sirven para contener o detener la hemorragia. Ellos sirven para reunir los tejidos separados. Ellos son algunas veces estupefacientes o anestésicos. Instrumentos son generalmente de hierro o acero, algunas sedas de metales, como oro, plata, zinc etc. Y de otras sustancias como madera, cacho, guta-percha, y caucho. Unas veces son simples, como una sonda, un [roto], un Speculum, un amigdalotomo.

El armamentum [instrumental] quirúrgicum [quirúrgico] de la ciencia es ya tan numeroso que casi es imposible hacer mención de todos los instrumentos que lo forman, en numero y variedad.

Para las operaciones elementales del arte se pueden clasificar como sigue: Bisturís Recto, Curvo, Convexo, de Cacope, Guarduclo, de Boton, y de doble corte.

Las Lancetas por su forma pueden ser de grano de avena, de grano de cebada, de lengua de serpiente, de Vacuna y de Acupuntura. En Sierras existe gran variedad. Agujas Rectas, Curvas, Cilíndricas y Planas. Trocares Recto, Curvo, Cilíndricos y Ovalados. Escalpelos Articulados y No Articulados. Tijeras Rectas, Curvas por el corte

y por la hoja, y tijeras de Botón. Aguja de acupuntura. Cuchillos. Ganchos fijos, articulados y de cadena.

Apostemero para sedal. Escarificador Mecánico y Simple.

A División de los Tejidos

La división de los tejidos ofrece diferencias 1° según la diferente naturaleza de estos 2° Según el fin que se propone el cirujano- 3° Según los medios que se emplean. Triple origen de diversos procedimientos operatorios

1° Según la naturaleza de los tejidos:

1° División de los tejidos tenaces y duros – El hueso.

2° ----- de los tejidos duros ---- Cartílagos, fibrocartílagos.

3° ----- de los tejidos blandos --- Cutis, músculos, tejido celular.

2° Según el fin que se propone el Cirujano

1° División de tejidos que deben volverse a unir ---Una fistula.

2° ----- de tejidos, órganos, o partes de órganos que deben quedar separadas del cuerpo --- Una amputación.

3° Según los medios que se emplean

1° Incisión ----- Escalpelo, Bisturí, Cuchillo, Tijeras, apostemero, lancetas.

2° Punción ----- Aguja, agujas de acupuntura, alfileres, Trocares, lancetas.

3° Disección Escalpelo, Tijeras.

4° Ablación o quitamiento --- Ligadura, Tijeras, escalpelo, Bisturí, cauterización, Ecraseur de Casaghae

5° Aserramiento ----- Sierra. Gran variedad.

1° Incisiones

Las incisiones se ejecutan en general con instrumentos cortantes --- El Bisturí, el Escalpelo, las Tijeras, el Cuchillo, la Lanceta, el Apostemero.

La incisión suele llamarse corte en las operaciones especiales --- verbigracia: El corte circular en la amputación.

Difieren las incisiones

a- Por su figura.

b- Por el instrumento que se emplea.

c- Por la posición del instrumentos.

d- Según se procede de la cutis hacia las partes interiores, o de las partes interiores hacia la cutis.

e- Incisiones subcutáneas.

a Según Su figura

Puede ser simple o compuesta. Las simples Recta de abajo hacia arriba. Curva de derecha a izquierda. Semi-elíptica de izquierda a derecha. De arriba abajo mas o menos oblicua. La incisión compuesta puede tener diversas figuras:

En forma de V o de v invertida Λ . En forma de T. En forma de H. En forma de estrella *

, que resulta de tres o cuatro veces unidas por sus vértices. En forma elíptica. En forma de Luna creciente. En forma de banco invertido o no Π . En forma de cruz \dagger

b Según el instrumento

1° El Cuchillo no se emplea sino en operaciones especiales --- Amputación Resección

2° La Tijera tiene un uso mas general que el cuchillo y se emplea generalmente la de botón y con la sonda.

3° El Escalpelo --- Tiene su uso preferente en la disección; y en los cortes dirigidos de la cutis hacia las partes interiores. No se hacen con el incisiones de punta como sucede con el bisturí.

4° El Bisturí --- Es el instrumento mas general, mas útil, y con el cual pueden hacerse toda especie de incisiones, menos los grandes cortes de las amputaciones y recesiones.

Las lancetas, apostemeros para cedaes pertenecen a las operaciones especiales de Cirugía menor, y se expondrán a su tiempo.

Expondré a Ustedes Señores el uso de estos instrumentos en un orden inverso al anotado arriba, con excepción del cuchillo, cuyo uso es especial.

El Bisturí

Este instrumento por lo común es articulado; y de figura recta, curva o convexa por el corte: de punta o de botón, y de otras varias figuras, según las operaciones para que se han inventado.

Su nombre viene de Pistori, ciudad célebre por la manufactura de estos instrumentos.

No es indiferente su modo de manejarlo que por esta razón se distingue en tres posiciones principales

1a. Tomado como un cuchillo de mesa.

2a. ----- como pluma de escribir.

3a. ----- como arco de violín.

C (Estudiéense estas posiciones en Bernans y Huette)

Reglas generales de las incisiones

Cualquiera que sea la figura, el tamaño y la especie de la incisión que se intente ejecutar, debe tenerse presente antes de proceder, las reglas generales que tan imprescindibles en toda operación de corte.

1a Debe determinarse anticipadamente antes de empuñar el instrumento cortante, la forma, dirección y tamaño de la incisión, estudiando minuciosamente las circunstancias de la parte en que se va a operar.

2a. Debe escogerse un instrumento que guarde proporción con la extensión y profundidad de la incisión y con la resistencia que se juzgue ofrecerán los tejidos al corte del instrumento.

3°. El instrumento debe estar muy limpio, su filo muy cortante, y su punta muy fina, si ha de penetrar verticalmente los tejidos.

4°. La parte debe estar muy bien afeitada, si tiene cualquier género de vello.

5°. Antes de principiar la incisión, se distenderá o estirará la cutis a los dos lados de la linea que debe seguir el instrumento, y también en la dirección opuesta a su camino. Si no se toma esta precaución, con toda eficacia, la incisión sera menos limpia y la cutis, plegándose bajo el filo, hará más difícil la operación.

6°. Las incisiones, cualesquiera que sea su figura, deben tener la extensión o profundidad requeridas por el designio que las ha determinado, y ejecutándolas, si es posible, de un sólo golpe del instrumento, si no se necesitare sino una incisión simple, o de un solo golpe de instrumento para cada nueva diferente dirección, si la incisión se

necesitare compuesta. En la incisión de forma de estrella, pueden bastar tres cortes. Esta regla tiene una excepción, y es la que ofrecen, o pueden ofrecer las partes, en presentando al corte del instrumento vasos de consideración, que, interesadas, causarían una hemorragia, tal vez alarmante o mortal.

Entonces el cirujano, marcha con toda calma que reclama el caso, y no escinde sino satisfecho de que no hará mal, y por partes.

7°. Las incisiones superficiales deben ser de igual profundidad en toda su extensión. Y si, por ser mucha la profundidad del tumor, se hubiese hecho penetrar el bisturí, perpendicularmente, no se extraerá, después de haber hecho todo su camino, si no perpendicularmente también; sino, al salir el instrumento oblicuamente puede desviarse de la línea que ha llevado, y formar un recodo perjudicial.

8°. Al dividir los tegumentos, debe procurarse en cuanto sea posible que el instrumento haga su camino siguiendo la dirección paralela al eje de la parte en que se opera, a fin de evitar el encuentro con los grandes vasos y nervios que por lo común siguen la misma dirección. Otra ventaja reportada, consistirá, en que los bordes no quedarán flotantes, ni permitirán la acumulación de sangre, pus, etc.

9° Siendo la cutis la parte más sensible del cuerpo, se procurará operar con la mayor presteza posible, para economizar sufrimientos al enfermo. También se cuidará de no dar a la incisión mayor longitud de la que necesita.

10 Al hacerse una incisión debe tenerse en mira especial, evitar la formación de escaras o de colgajos, que serán siempre, un inconveniente. Esto se conseguirá cortando la cutis en la dirección de sus fibras. Así para cortar en la frente se hará horizontalmente. En la mandíbula inferior se seguirá la dirección de su ramal horizontal. Esta precaución contribuirá mucho también a que la cicatriz resultante sea menos visible.

11 El Operador procurará no herirse, así mismo, ni a los asistentes, ni al enfermo en el acto de una operación, lo cual logrará fácilmente, teniendo todo perfectamente arreglado antes de proceder.

Incisiones Simples

Para hacer las incisiones simples hay cuatro procedimientos diferentes, y precauciones comunes. Las precauciones comunes se refieren a la distensión de los tegumentos, que puede obtenerse de las siguientes maneras.

1°. Aplicando la mano de plano y palma sobre la parte, separando el índice del pulgar.

2°. Distendiendo la cutis con el borde cubital y el meñique de la mano izquierda hacia atrás, y el pulgar hacia adelante.

3°. Con los extremos del índice y el pulgar en direcciones contrarias.

4°. Aplicando en una misma línea paralela a la dirección que debe seguir el instrumento, las extremidades de los cuatro dedos palmares de la mano.

5°. Distendiendo la cutis de un lado, mientras que un ayudante la distiende de otro.

6°. Abarcando el miembro con la mano izquierda y distendiendo la cutis en sentido contrario.

7°. Haciendo distender la cutis por uno o más ayudantes, y dejando el operador las manos libres.

8°. En casos especiales se necesitara tomar un pliegue de la cutis entre el pulgar y los dedos palmares, para escindir de afuera adentro, verbigracia en la axila; las ingles; el escroto, las mamas. Etc.

Primer Procedimiento. Incisión de arriba abajo, o de izquierda a derecha–

Instrumentos=el bisturí de punta recto o curvo.

Distendida convenientemente la cutis se toma el instrumento en segunda posición (1a. variedad) y se sumerge perpendicularmente en la parte, hasta que la falta de resistencia, o cualquiera otra circunstancia, indique que no debe penetrar mas el instrumento; entonces se inclinará hacia su corte, hasta formar un ángulo de 45°, con la superficie cutánea, y se hará progresar, dándole un pequeño movimiento de sierra: concluida la incisión se extraerá haciéndole tomar la posición perpendicular con que se principió.

Si esta incisión necesitare ser curva, deberá variar la tensión de la cutis en la misma dirección a proporción que adelante el corte.

Segundo Procedimiento. - Instrumentos – El Bisturí recto o convexo, o el escalpelo. Dirección de arriba abajo o de izquierda a derecha. Instrumento en primera o tercera posición, corte hacia abajo.

Después de distendida la cutis, indicando con la punta del instrumento el punto donde debe principiar la incisión, inclina su corte 25°, a 45°, y comprimiendo con su corte el tegumento, lo hace adelantar, sin disminuir la presión inicial, hasta concluir, y lo retirará sin alterar su inclinación. En este procedimiento, hay veces que se necesita hacer recorrer varias veces al instrumento su mismo camino, por ser inevitable cortar los tejidos por capas, verbigracia: Cutis vera, tejido celular, aponeurosis etc.

En este procedimiento son inevitables los recodos: inconveniente de poco momento, comparado con la importancia del objeto de la incisión.

Tercer Proceder Instrumentos= El bisturí de punta o el apostemero – Dirección de Abajo arriba, o de Derecha a Izquierda Instrumento en Primera posición, corte abajo – Este procedimiento se emplea para operar los flemones o las facias profundas. Hecha la tensión con el indice y el pulgar, se dirige la punta del instrumento casi verticalmente y se hace penetrar de punta, hasta que la falta de resistencia, la libertad de sus movimientos, y la salida del pus, indican que ya ha penetrado en la cavidad. Entonces se hará adelantar el instrumento en una dirección paralela a la cutis, y cuando sea preciso, se dará a la mano un movimiento de báscula, a fin de que el instrumento, bajando de cacha, y subiendo de punta aumente la magnitud de la incisión.

Cuarto procedimiento – Instrumentos; cualquier bisturí o escalpelo. Instrumento en 1a. Posición. Corte de arriba abajo, o de a izquierda a derecha.

Alzando un pliegue de los tegumentos se da un extremo a un ayudante, y el cirujano conserva el otro entre el indice y el pulgar de la mano izquierda. Ambos deben comprimir muy bien desde la base tirar fuertemente en direcciones contrarias. Entonces el cirujano aplica el corte de su instrumento perpendicularmente al pliegue, cortando decididamente hasta su base y comunicando al instrumento un ligero movimiento de sierra que le hará funcionar mejor.

Este procedimiento puede variar, haciendo penetrar el instrumento que entonces no puede ser escalpelo, introduciendo su punta, en primera posición, corte arriba, rasando el lomo con los tegumentos, y con un movimiento de sierra y de presión hacer

la incisión de la base del pliegue, hacia su cima.

d Incisiones Compuestas.

Las incisiones compuestas se distinguen en dos clases:

1°. Las que proceden de las partes exteriores o la cutis hacia las partes interiores.

2°. Las que proceden de las partes interiores hacia la periferia.

1° De afuera adentro.

Las incisiones compuestas de afuera adentro pueden tener 8 figuras diferentes, como se ha dicho, ya, y necesitan para proceder con acierto tener presente algunas reglas generales comunes a todas ellas: estas reglas generales son:

1°. Todo ramal de incisión compuesta se ejecuta como si fuese simple.

2°. Siempre que dos incisiones deben concurrir en un punto, la segunda debe terminar en la primera, con el fin, de que siempre pueda efectuarse la distensión de la cutis.

3°. La longitud de las ramas de una incisión compuesta tendrán, cada una, su longitud conveniente, según la figura de la parte, la dirección del eje del miembro, y el curso de las fibras cutáneas.

4°. Cuando haya necesidad de ejecutar dos incisiones, una debajo de otra, se practicará primero la inferior, a fin de que la sangre ~~de~~ no impida ver lo que se hace.

5°. Siempre se principia por la incisión más fácil, pues serán mas cortas y fáciles las otras al terminar en ella. Si fuere necesario hacer entre varias incisiones una transversal, se principiará por esta.

6°. Se Procurará dar a todas las incisiones de una incisión compuesta la misma profundidad. Si no se tiene este cuidado, puede alguna de ellas, la más, superficial llegar a ser inútil, y aun perjudicial.

Ninguna de estas reglas es absoluta.

Incisión en V. Si los dos ramales forman un ángulo muy agudo, el colgajo puede ofrecer inconvenientes. Si el ángulo es recto, formarán una L; y si el ángulo es muy obtuso, verbigracia { entonces, valdría mas hacerla curva o semi elíptica. Esta especie de incisión es muy conveniente en las márgenes libres, como los labios, los párpados, etc.

Incisión en T. Esta y la crucial se asemejan mucho. Es una incisión trasversa a cuyo medio va a terminar otra. Si la incisión en forma de T, no fuere suficiente para poner a descubierto todas las partes interiores necesarias, se puede convertir fácilmente en una crucial.

La incisión en forma de H. Se requiere en casos especiales que se indicarán en su lugar oportuno.

La incisión en forma de estrella, puede formarse con tres incisiones longitudinales que se comenzarán por su medio- Es de muy rara elección.

La incisión en forma elíptica . Son dos curvas que se miran por su concavidad, y que se ejecutan una en seguida de otra, principiando la segunda a dos o tres milímetros de su extremidad izquierda, y va a terminar a la misma distancia de la extremidad derecha. Esta forma de incisión es muy usada 1°. Cuando se quiere, quitar una porción de tegumentos redundantes, como en el párpado superior- 2°. Cuando la parte está muy cubierta de densas y feas cicatrices que se quieren quitar porque afean mucho la persona, como en la cara, cuello etc. 3°. Cuando se quieren extirpar grandes tumores

que han distendido mucho la cutis, y formado con ella adherencias internas, degeneradas etc. Estas son las causas generales de preferencia para esta incisión.

La incisión en forma de luna creciente, resulta de dos incisiones curvas pertenecientes a dos círculos de diferente diámetro, de las cuales la interna es la mayor tocándose por sus extremos. El procedimiento es el mismo que para la curva simple, debiendo hacerse primero la inferior. Esta incisión es menos usada que la elíptica; pero a veces debe preferirse por la circunstancia de que en ciertas partes del cuerpo sus dos labios se unen mejor.

La incisión en forma de banco invertido o no ¶ tiene aplicaciones especiales.

La incisión en forma de cruz es muy usada sobre todo en el Antrax. Se practicará haciendo primero una incisión transversal, después dirigiendo el corte hacia el medio de esta principiando a la distancia conveniente de manera que al llegar a la incisión transversa, su línea forme con la de esta dos ángulos rectos, y por ultimo se completará la cruz haciendo la tercera incisión lo mismo que la segunda, pero marchando al instrumento en sentido opuesto también es muy útil esta incisión en la operación del trepano, y de una hernia.

2°. De adentro afuera

Las incisiones de adentro afuera no pueden ser compuestas porque el golpe del instrumento es único; mas como ellas no pueden efectuarse sino en el caso de existir una abertura anterior, ejecutada o no al acto, para poder hacer penetrar por ella el instrumento de botón o la sonda acanalada que debe apoyar el instrumento y servir de guía para la incisión; por esta razón, he clasificado esta especie de incisiones entre las compuestas, puesto que además, no basta un solo instrumento, en general, para efectuarla.

(copíese toda esta parte de la obra de Malgaigne. José Francisco, Cirujano 1806-1865)

e Incisiones subcutáneas.

(copíese toda esta parte de la obra de Malgaigne)

El Escalpelo -

Este instrumento es preferido al bisturí por los Ingleses y Americanos del Norte, siempre que el segundo no es absolutamente necesario. Debe advertirse no obstante; Señores, que el espíritu de innovación y variedad del presente siglo, ha influido, que hasta en la construcción de los instrumentos quirúrgicos se nota cierta anarquía. Así es que el escalpelo, aunque conserva hoy la forma de ayer, las proporciones de su forma primitiva son un tanto menos rigurosas, de lo que eran antes; al paso que el bisturí, mas voluble y pretencioso; se ha hecho proteico en sus formas; de lo que resulta, algo parecido a confusión de ideas y que algunas veces no pueda clasificarse el instrumento. Con todo el hay dos circunstancias que forman distintivo original y que permitirán siempre hacer una clasificación triunfante y es que el bisturí mismo tiene botón, y que su corte nunca es curvo.

Ya se ha dicho que el escalpelo siempre podrá preferirse en la disección con ventajas. Además, su mango es un auxiliar, en la disección de los tejidos vivos, cuando es preciso separar laminas unidas por tejido celular en la vecindad de las grandes arterias, como sucede, en algunas de las operaciones de aneurisma. Por último en

algunas operaciones se necesita un instrumento de energía y peso, circunstancias que pocas veces o nunca se reúnen en el bisturí.

Tijeras

Copíese de Malgaigne lo relativo a este punto.

2° Punciones

Copíese de Malgaigne en esta parte.

3° Disección

Copíese integra esta parte de Malgaigne -

4° Ablación

La ablación de una parte del cuerpo exige varios procedimientos según los casos, y el uso de uno solo o de varios instrumentos. Además si la ablación es de consideración, el procedimiento será más complicado, y requerirá la cooperación de incisiones, disección, punciones etc. A la verdad, la palabra ablación envuelve en Cirugía operatoria, la idea de la separación de una parte pequeña del cuerpo humano por un procedimiento simple, sin necesidad de otros procedimientos.

Los medios por los cuales se efectúa una ablación son la escisión por medio de las tijeras o el bisturí, la cauterización, la ligadura y el arrancamiento por medio del Ecraseur de Casagnae etc. De estos medios no estudiaremos más que la cauterización y la ligadura y de tantos procedimientos aplicables a distintas especies de operaciones.

Cauterización

Se llama cauterización la destrucción de los tejidos vivos por medio del fuego o de los cáusticos. Algunas veces el objeto no es destruir los tejidos, sino para aprovechar la escara resultante, para un fin posterior, vg [verbigracia] la cauterización de la cisura de una sanguijuela para cohibir la hemorragia resultante – hemostático.

Desde tiempo atrás se han denominado actual el cáustico de fuego, y potencial el químico. Es esta la oportunidad de hacer notar la diferencia entre el modo de obrar de estos dos agentes, diferencia que no se desprende claramente de sus nombres. El cauterio actual mata o destruye la parte, extinguiendo repentinamente la vida y carbonizando los tejidos: el potencial mata lentamente, y no destruye los tejidos, no los carboniza, sino obrando químicamente sobre ellos, es decir, combinándose la molécula cáustica, con la molécula o célula orgánicas, por medio de la potentísima afinidad, y progresando su acción recíproca hasta formar la escara microscópica. Es por esto que el cauterio actual, a pesar de su alarmante aspecto es muchísimo menos doloroso que el potencial. Los progresos de la cirugía y de la química, y el espíritu filantrópico peculiar a nuestro arte, ha influido en que el cauterio actual haya perdido ya una gran parte de su importancia, de aquella importancia en que lo tenía el Padre de la Medicina cuando sostenía que lo que no se podía curar con ningún agente se curaba con el fuego.

A proporción que el arte quirúrgico ha hecho más adelantos el cauterio actual ha perdido terreno: el tumor que antes se calcinaba, hoy se extirpa; la ulcera

fugedencia que antes se carbonizaba hoy se beneficia por la acción de un cauterio potencial. Sin embargo el cauterio actual, en ciertas enfermedades, en ciertos conflictos del organismo, en algunas emergencias abruptas y supremas, se ha quedado como rey universal, absoluto y sin rival, entre los recursos profesionales. Cuando una casualidad o un accidente produce una ofensa magna a los poderes vitales, en casos de abandono de la vida por una hemorragia, por un veneno: en casos de animación suspendida, de una asfixia (un ahogado); y a mas de estos casos casos en algunos otros, como en el fungus del antrum, en la coxalgia etc, entonces señores el agente salvador es, esto comprobación del aforismo de nuestro Padre, el fuego.

El progreso de las ciencias ha traído en auxilio del arte un agente mas que es la electricidad. Por tanto la cauterización se practica hoy con tres especies de agentes – El Fuego, el Cauterio químico, y el calor Eléctrico.

1°. Cáusticos Químicos

Copíese de Malgaigne todo lo relativo a este punto, añadiendo además lo siguiente.

Que en la segunda precaución puede emplearse con ventajas el colodión, untado con un pincel alrededor de la parte, o del órgano, hasta que adquiera consistencia suficiente. Este es el mejor medio, pero necesita alguna habilidad manual, buen colodión, buen pincel y mucho esmero. Debe añadirse a las cuatro precauciones de Malgaigne que siempre que se vaya hacer una cauterización química o potencial de alguna extensión o en órganos muy sensibles, como el bálano, la vulva, etc debe cloroformizarse al paciente; pues siendo los cáusticos potenciales muy dolorosos, el anestésico aboca este inconveniente.

El numero de cáusticos es numeroso, si se registran todos los empleados por el arte desde tiempo, inmemorial, de estos unos han caído en completo desuso, otros se usan muy rara vez, o por no haber otro a la mano o por alguna indicación muy especial que enseñará la práctica. Es por demás los mas usados o convenientes.

La lista que sigue es la misma de Malgaigne, algo modificada en uno que otro punto.

Cáusticos Potenciales

1°. Líquidos

1°. Acción débil – Para las úlceras de la boca, de las encías, y de las partes genitales.

1°. Colirio de Lanprane = oxiol amarillo de artemio, y cobre verde.

2°. Agua Fagedencia = Deutocloruro de mercurio, y agua de cal.

3°. Disoluciones de Nitrato de Plata, Cloruro de Zinc y Amoniaco liquido.

2°. Enérgicos – Para toda especie de cauterización en que se necesite que la destrucción de los tejidos sea mas o menos profunda: y son

1°. Ácidos – Hidroclórico – (Muriático) -- Nítrico y Sulfúrico.

2°. Disoluciones concentradas de Potasa, Disoluciones concentradas de Sosa, Disoluciones concentradas de Nitrato ácido de mercurio, Disoluciones concentradas de Deuto-cloruro de Antimonio y Disoluciones concentradas de Agua de regal – con cloruro de oro.

2°. Blandos

1°. Pomada Amoniaca – Espíritu de amonia y manteca de cacao.

2°. Cáustico de Gamet – Acetato de cobre, limaya y cicuta.

3°. Cáustico Sulfo azafranado – Azafrán y Ácido Sulfúrico.

4°. Ácido Nítrico, mono hidratado.

- 5°. Pasta Arsenical.
- 6°. Pasta de cloruro de Zinc – cloruro de zinc y arsénico.
- 7°. Pasta de Viena – Potasa cáustica y cal viva.
- 8°. Pasta a la Guta – Percha – Potasa cáustica o cloruro de zinc en guta percha pura.
- 9°. Pasta de Manee, arsénico, cinabrio y esponja quemada.

3°. Sólidos

- 1°. Potasa cáustica.
- 2°. Cáustico de Filos – Potasa cáustica fundida en tubos de plomo.
- 3°. Nitrato de Plata – Piedra infernal.
- 4°. Sulfato de cobre – Piedra Lipis.
- 5°. Trociscos – de oxido de plomo, de mercurio, de arsénico.

4°. Pulverulentos

- 1°. Alambre calcinado.
- 2° Oxido Rojo de mercurio.
- 3°. Polvos de Sabina.
- 4°. Polvos de iris.

Debe agregarse a los acidos solidos anotados arriba, el acido crómico, que es un excelente agente, facil de manejar, muy util en las chaneras recientes, y ragades sifilitica: produce muy poco dolor.

Apreciación

Debe agregarse a las ideas que estampa Malgaigne en esta parte que el caustico a la guta percha, y el caustico de Filas son sin duda los mas utiles y convenientes, a menos que por circunstancias muy especiales deba preferirse la pasta de Viena, como la mas adecuada para una cauterización profunda.

La Pasta de Manee, tiene en contra suya la objeción de ser muy dolorosa y de causar vomitos, vertigos, etc por la absorción del arsénico.

Procedimiento Operatorio
Copiese a Malgaigne rigurosamente.

2° Causterio Actual Pirotecnia Quirúrgica

Hay tres modos de aplicar el calor al cuerpo humano como cáustico –

- 1° El cauterio metálico, llamado cauterio actual.
- 2° Sustancias líquidas a una alta temperatura, como el aceite hirviendo, el agua hirviendo etc.
- 3° Sustancias en ignición como la pólvora de cañón, el fósforo, el gas hidrógeno etc.

De estos tres medios merecen preferente atención el cauterio actual: de el segundo medio se tratará debidamente en la terapéutica medica; y acerca del 3° haré a Ustedes algunas observaciones mas intensamente relacionadas con nuestro propósito. La moxa sera citada en su lugar adecuado.

La pólvora de cañón es un excelente medio en campaña como caustico, en ciertas ulceras, y en la gangrena.

El fósforo en ignición es un agente expuesto por que no puede graduarse ni su intensidad, ni su efecto.

(El tratado de Malgaigne deja poco que desear sobre esta parte)

Añadiré aquí sin embargo algunas reflexiones sobre la cauterización a la llama.

La cauterización a la llama sirve para destruir los tejidos en un punto circunscrito, algunas veces hasta una gran profundidad.

Dos balones, el uno lleno de gas hidrógeno, o de gas de alumbrado, y el otro de aire, tienen sus dos tubos de salida en comunicación, con un tubo terminado en punta, en cuya extremidad libre se aplica una llama, después de abiertas las llaves. Se logra por lo común con este medio una llama de algunas líneas de diámetro que se dirige sobre las partes que se quiere destruir. Este medio es excelente para el cáncer del útero, para los pólipos pedunculados nasofaríngeos etc. El da un colorido de 1200; y cauteriza profunda y rápidamente. Puede resguardarse las partes vecinas, a fin que la llama no las ofenda, introduciendo un cilindro de fina tela metálica por cuyo medio transitará la llama hasta llegar al punto de su acción –

Véase la figura adjunta: Cauterización Eléctrica, con flechas y a la llama.

Antes de terminar citaré el nuevo modo de cauterizar ciertos tumores llamado cauterización a flecha. Los tumores no deben tener en su vecindad grandes vasos. Se procede introduciendo por la parte exterior de los límites del tumor, y alrededor de él, y a una profundidad al espesor de la porción del tumor no saliente. Después se introducen por las brechas abiertas por bisturí laminas largas y delgadas de pasta de cloruro de zinc, y se dejan en situ 24 horas, o más si se quieren escaras mas extensas. Extraídas las flechas se detergen las lesiones de continuidad, y se cubre la parte con epitemas emolientes, como cataplasmas etc., fomentaciones etc.

Esta cauterización puede ser de flechas paralelas, o de flechas en forma de radios.

Véase lámina adjunta.

Compresión, moledura o magullamiento

Malgaigne establece por primera indicación general dos especies de compresiones: la prolongada y la inmediata. Respecto a la primera pueden emplearse.

1a. El vendaje arrollado. Debe tenerse especial cuidado en determinar previamente el ancho y largo de las tiras: que las distintas partes de que se compone el vendaje en toda la longitud estén muy bien cocidas: que la tela no sea tan vieja que pueda romperse al apretar: que no debe estar almidonada ni engomada: que no sea de marcado grueso, a fin de que pueda adaptarse a la parte con poca distensión; y en fin que no tenga arrugas ni repliegues.

2a. Las tiras de diaquilón gomadas [engomadas] o adhesivas deben ser de muy buena calidad. El adhesivo americano es el mejor; y debe tenerse especial cuidado de despojos [despegar] las tiras perfectamente en toda su extensión del papel que las cubre.

3a. Las correas bucladas o de hebillas, hechas por lo regular de gamuza son muy propensas a deteriorarse cuando no se usan. Son excelente medio en las fracturas.

4a. Debajo del vendaje arrollado con tensión van colocados según la necesidad compresas, tablillas, placas metálicas, y debe agregarse a esa nota de Malgaigne pedazo de cartón y de zuela de tamaño y formación adecuados.

5° Vendajes: de resortes como el braguero. En este particular la industria moderna ha hecho progresos asombrosos. La Ortopédica o arte de corregir las deformidades de los extremos, casi no ha dejado le sirva sin su aparato correspondiente.

Hemostática Quirúrgica

La Hemostática quirúrgica comprende dos partes esencialmente [especialmente]diferentes.

1a. La hemostática quirúrgica que tiene relación con los accidentes para cuyos remedios no puede ocurrirse instantáneamente al cirujano.

2° La hemostática quirúrgica que tiene relación con los procedimientos operatorios.

1°

Los accidentes mas importantes para cuyo remedio se puede reclamar la ingerencia de la arte son:

1° Una hemorragia traumática en cualquier parte del cuerpo. En esta parte el procedimiento se pautará por los procedimientos hemostáticos quirúrgicos. Pero hay un accidente muy común y que puede remediarse con gran facilidad; y es la hemorragia consecuente a la extracción de una pieza de la boca: este accidente alarma muchas veces a los pacientes y doliente. Se remedia facilicilmente introduciendo en el alvéolo por donde sale la sangre un pequeño cono un poco mas grande que la pieza extraída de corcho nuevo. Entonces cerrando las dos mandíbulas y apretando el cono de corcho. Se cohíbe instantáneamente la hemorragia.

2a. La hemorragia nasal que puede exigir el taponamiento, y de que se hablará en la parte correspondiente. Pero es bueno saber que esta operación del taponamiento puede evitarse muchas veces alzando uno de los extremos superiores verticalmente hasta que la hemorragia haya cesado.

2°La Hemostática quirúrgica propiamente dicha se divide en preventiva, actual y subsecuente

La Preventiva, que precede a la operación. La actual que le es coetánea; mejor dicho, que hace, parte de la operación; y sin duda lo único que puede mantener en alarma al cirujano. La subsecuente quizás mas importante que la actual y que a consecuencia de la operación, constituyendo lo que se llama la hemorragia secundaria puede hacer perecer al enfermo.

De las suturas en particular

Malgaigne establece solamente cinco especie de suturas, que son:

1° La Entrecortada.

2° La de Repulgo.

3° La enclavijada o emplumada.

4° La sutura en agujas.

5° La de bolsa imaginada por L. Dieffenbach.

Los autores no están de acuerdo en el numero de suturas sangrientas. Sin embargo parece que hoy es un consentimiento general de reducirlas a las siguientes:

1° La entrecortada. Esta sutura ha adquirido una gran preferencia desde que se introdujo el alambre de plata.

2° La emplumada o enclavijada.

3° La de agujas o entornillada.

4° La de guanteros o repulgo.

5° La de hilván o basta.

6° La de asa de Lecbrun.

7a La de bolsa inventada por Dieffembach.

- 1°. La entrecortada [véase grabado en manuscrito] consiste en puntadas separadas, hechas con seda, hilo, cuerda y mejor que nada con alambre de plata.
- 2°. La emplumada [véase grabado en manuscrito] es muy útil en las heridas profundas
- 3°. La de agujas [véase grabado en manuscrito] que es especial para el labio Leporino.
- 4°. La de Guanteros o repulgo [véase grabado en manuscrito] solo se usa para coser en el cadáver
- 5°. La de hilván o basta [véase grabado en manuscrito] forma zigzags, cuyos ángulos son rectos
- 6°. La de ara de Ledrun [véase grabado en manuscrito] consiste en dos puntadas a tres líneas de distancia y a línea y media de los bordes; se usa en las heridas longitudinales del estómago y en las de los intestinos.
- 7°. La sutura de bolsa sirve para las pequeñas heridas circulares y particularmente para los orificios fistulosos [véase grabado en manuscrito]

Apreciación y observaciones

La sutura entrecortada puede hacerse con serralines, con seda, cuerda o alambre de plata. Es preferible el alambre de plata. Fue introducido por el Dr. Suno de Nueva York. Su uso se ha generalizado tanto que no se emplea otro, a menos que la lesión quirúrgica reclame sutura especial. Para ello se necesita un alambre muy fino de plata muy pura, bien vencido y sin fallas. Se enhebra en una aguja especial, que tiene una acanaladura, en que se alojan los dos cabos del alambre, bien adosadas. Hay tres o cuatro clases de agujas, la de Murray, la de Price, y la de Lister. La de Price tiene dos orificios a media pulgada de distancia: el alambre entra por el ojo inferior; y sale por el superior de modo que los dos cabos quedan a un mismo lado de la aguja. La de Lister solo tiene un ojo. No conozco las de las fabricas francesas.

La sutura de alambre de plata no causa irritación ninguna y puede permanecer por semanas y aun meses sin producir supuración como lo hace la seda, la cuerda, el hilo etc.

Debe tenerse cuidado particular, al quitar los puntos de sutura de plata, de cortar la puntada rasando con los tegumentos, y aun oprimiéndolos al cortar con una tijera curva por la hoja, a fin de que la porción de alambre que debe salir sea tan pequeña que no pueda separar los bordes que se han unido.

El Dr. Clover (Inglaterra) ha propuesto en lugar de alambre de plata, un alambre de cobre muy fino cubierto de Guta percha, realmente, un alambre parecido al de la telegrafía eléctrica; pero mucho mas fino. Se está usando mucho, por que 1° es mucho mas barato, 2° Se puede enhebrar en cualquiera aguja 3° No irrita los tejidos, 4° Se puede anudar como un hilo común. Sería difícil dar a esta sutura un nombre significativo para distinguirla de las otras. Yo la llamaré sutura Telegráfica.

Respecto a las agujas parece que la mejor es la que tiene un solo ojo con la acanaladura a cada lado; es decir la de Lister.

Fuera de las agujas para sutura de plata, las agujas comunes para sutura con seda o hilo, deben tener varias condiciones 1a. Curvatura de un segmento tercio de circunferencia 2a Chatas en sus dos caras, y redondeadas en sus bordes- 3a que la punta no sea ni muy aguda, ni muy roma, y que tenga dos filos, hasta seis líneas de la punta. 4a. Talón chato, ojo cuadrilongo, con sus bordes matados o redondeados y

acanaladura en cada cara para alojar los cabos o hilos.

Las reglas anotadas por Malgaigne para pasar los puntos de sutura deben adivinarse con lo relativo a la sutura alambre de plata, para la cual por lo común basta una sola aguja. Después de dada la puntada se tuercen los dos cabos del alambre y después se corta.

La sutura de zigzag, contada por algunos autores, es la misma de hilván o bastilla con la diferencia de que la aguja no entra perpendicularmente a los bordes sino oblicuamente.

[véase grabado en manuscrito]

La sutura emplumada casi está abandonada

Anestesia --

Desde tiempo inmemorial la ciencia ha procurado aliviar el dolor traumático. Para ello se han empleado

1° Los Narcóticos

2° El Magnetismo - Cloquet

3° Las Preguntas al Enfermo Dupuitren

4° Principiar la operación por el lado del origen de los nervios

5° La Pelota James Moore

El efecto de todos estos medios le doy el nombre de Anestesia Ineficaz; y la producida por el cloroformo, el Éter y demás sustancias químicas, inhaladas, las denomino Eficaz.

Al Dr. Morton de Boston le ha cabido la gloria de este gran descubrimiento; que ha cambiado la faz de la medicina operatoria, habiéndole hecho perder al arte, uno de sus aspectos mas alarmantes: tal era el del paciente haciendo movimientos bruscos, gesticulaciones horrendas, lanzando blasfemias y palabras obscenas, y aturdiendo los aires con sus alaridos continuos.

El Dr. Morton después de muchos ensayos logró la Anestesia con el éter: Después el Dr. Simpson de Edimburgo descubrió el Cloroformo. Posteriormente se ha ensayado otras sustancias que no han podido movilizar a las dos primeras

1° El clorido de hidro carbono – sustancia peligrosísima

2° El Nitrate de Ethilo, [Nitrato de Etilo] radical hipotético del Éter, inferior a él

3° Aldehyde, que es un cuerpo de composición análoga a la del alcohol, con dos átomos menos de hidrogeno – Inferior al Éter

4° El Benzino – Ácido Benzoico y Carbono

5° El Liquido Alemán

6° El Bisulfuro de Carbono

7° La Amilene, compuesto de ácido de Amilo y ácido fosfórico

8° La Kerosolina un compuesto de proveniente del carbón de piedra

9° El Éter

10 El Cloroformo -

De todos estos agentes no quedan en uso mas que el Éter y el Cloroformo, porque todos los otros son mas o menos peligrosos o ineficaces.

El éter y el cloroformo difieren en varios puntos. La estadística de la Anestesia es interesante -

Hasta el año de 1860 estaban registrados 125 casos fatales. No es responsable de

todos ellos la cirugía operatoria por que de algunos de ellos es responsable la ignorancia de algunos empíricos que lo han usado, y de otros el no haberse verificado bien los casos .

Los casos fatales han sido mayores en la práctica privada que en los hospitales, lo que prueba que ha habido faltas causantes.

Para el año de 1866, se había administrado el Cloroformo en el hospital de Londres llamado de Guy 12 mil veces sin ningún caso fatal; y según el testimonio de Flourens, [Florence Nightingale] se administró en la Guerra de Crímea [1853-1856] 25 mil veces sin ninguna muerte causada.

El cloroformo tiene dos acciones sobre el cuerpo humano, o mejor dicho dos períodos, uno de excitación y otro de insensibilidad. El primero principia inmediatamente después que principia la inhalación; el segundo que sigue imperceptiblemente al primero, consiste en una insensibilidad completa.

En la excitación la cara se pone turgente y colorada, los ojos se ponen feroces, el pulso muy frecuente, y los pensamientos incoherentes. Entonces se manifiestan las peculiaridades del temperamento, los vicios y las costumbres de los pacientes.

Este periodo de excitación puede durar más o menos tiempo, y aún renovarse después de haber sobrevenido la calma del 2º período. Es raro que dure algunas horas.

En el segundo período el paciente está insensible y sin conocimiento, los músculos relajados: los extremos [extremidades] se quedan donde se les coloca: los ojos cerrados, las pupilas volteadas hacia arriba, y las pupilas contraídas [midriasis]: la respiración tranquila. Si se fuerza un poco en este estado entonces el enfermo ronca como en la apajia, el pulso y la respiración disminuyen en fuerza y frecuencia, la pupila se dilata [miosis] notablemente. En este estado el enfermo aun no tiene peligro; pero con un instante mas, el paciente puede hacer viaje a la eternidad.

Lo que mas debe evitarse es que sobrevenga el coma. El enfermo al despertar no recuerda nada de lo que le ha sucedido.

El efecto del cloroformo puede durar algunas horas; pero lo mas común es que termine en seguida de concluida la operación. Después de terminada su acción la inteligencia queda algún tiempo mas o menos extraviada, los músculos en laxitud, y los sentimientos pervertidos. Algunas personas sienten, mucho sueño. En algunas personas el dolor de cabeza en otros, el vomito.

Para administrar pues el Cloroformo deben observarse las reglas siguientes:

1a. Verificar bien el caso. Algunos cirujanos son de la opinión que el cloroformo puede debe evitarse en algunas enfermedades, como las lesiones orgánicas del corazón, y del cerebro y pulmones etc; otros opinan que no.

2a. Situar al enfermo en posición acostado después de lograda la anestesia, y sentado o medio sentado durante la inhalación.

3º No debe haberse tomado alimento cuatro horas antes – Ni tampoco debe haber transcurrido demasiado tiempo después de la ultima digestión.

4º Debe permitirse entrar a los pulmones bastante cantidad de aire mezclado con el vapor de cloroformo.

5º La inhalación debe hacerse gradual. De cinco a ocho minutos transcurrirán para manifestarse el efecto. Si el enfermo es muy débil se le puede dar un poco de agua con brandy.

6º Deben aflojarse todos los vestidos del enfermo

7° Debe suspenderse ??? la inhalación tan luego, que se manifieste la insensibilidad.

Posición del enfermo – Debe ser recostada al tiempo de la inhalación, y acostado de lado si lo permite la operación, después de la inhalación. En la eterización el enfermo puede quedar sentado o recostado.

Cantidad del Anestésico – La requerida durante la operación, o durante el tiempo que convenga mantener anestetizada la persona, varia mucho, según las exigencias del caso – De media onza a una onza es suficiente en general; pero puede haber casos en que se consuman cinco y seis onzas. Los niños, las mujeres, las personas debilitadas necesitan poco.

Durante la inhalación debe haber mucho silencio, para no distraer al enfermo e impedir la acción del remedio.

Edad. El cloroformo puede administrarse en toda edad, desde los dos meses hasta la decrepitud. Los niños se insensibilizan con pocas gotas diluidas en alcohol, mas o menos según su edad. Los viejos se anestetizan muy bien.

El tratamiento para aliviar el envenenamiento causado por el cloroformo, debe ser pronto y eficaz

1° Desistir del remedio

2° Sacar la lengua fuera de la boca con un tenáculo para desalojar la glotis.

3° Introducir aire libre en los pulmones del enfermo abriendo las ventanas, soplando con un abanico

4° Las duchas de agua fría, sobre su cuerpo; es decir tirarle agua fría por golpes y mejor desde alguna altura

5° La respiración artificial por medio del tubo de caucho con su fuelle

6° Golpear o estrujar el vientre, principalmente el epigastrio

7° Fricciones con trementina o mostaza o con tintura de pimienta en el raquis

8° La pila galvánica, aplicando los conductores a diferentes partes del cuerpo

Si fuere posible además se puede poner una lavativa de agua con 2 a 3 cucharadas de trementina. No debe administrarse el cloroformo a ninguna mujer sino en presencia de testigos.

Aparato. La inhalación se hace perfectamente con un cartucho de papel ordinario, como gaceta, dentro del cual se introducirán unos hilos o algodón para recibir la dracma del remedio.

Concluiré Señores estas ligeras nociones sobre la Cloro formización con dos observaciones de Filosofía medica:

La primera es que aunque el cloroformo es una de las dádivas mas valiosas que Dios ha dado al hombre que sufre en el campo de practica quirúrgica con todo debe cuidarse de no convertirlo en un veneno faltando a los consejos de la experiencia. Contribuirá a su inocuidad ademas la buena cualidad del agente pues la experiencia prueba que muchos de los casos fatales se deben al adulteramiento; a mas de que cuando tiene estas cualidades el remedio, tarda mas su acción.

Las cualidades pues del cloroformo son

1° Sin ningún color

2° Olor grato pungente

3° Sumamente volátil

4° Gusto sacarino

5° No es inflamable

6° No se disuelve en el agua

7° Es neutro

8° Composición= 3 cetonas de clorina, tres de carbono y uno de hidrógeno

9° Peso específico, 1500 a 60° Fahr [Fahrenheit]

Su adulteración o sofisticación se conoce por la llama, por su falta de olor, o del peso específico etc.

1° Puede combinarse con el éter y se conoce entonces porque se inflama

2° Con el aceite y se conoce por que deja residuos evaporando unas gotas

3° Con el alcohol por que las gotas toman color lechoso

El Cloroformo se deteriora con la luz y el calórico

La segunda observación es que todavía no se ha comprobado que el agente haya dejado a ningún enfermo consecuencias permanentes

Eterización

La inhalación del éter se hace por medio de una esponja ahuecada. Y como el éter no es venenoso, no necesita inhalarse mezclado con aire. En cada vez debe ponerse en la esponja por lo menos media onza; en una operación ordinaria pueden gastarse de cuatro a ocho onzas.

Acompañan a su inhalación, vahídos, vómitos, y aun cefalalgia intensa-

La respiración conserva su olor por algún tiempo.

Los malos efectos que pueda acarrear la inhalación del éter, se tratarán como los del cloroformo.

Algunos prácticos prefieren la mezcla de éter y cloroformo- Otros la de cloroformo y alcohol, en particular para los niños.

Anestesia Local

La anestesia local puede ser útil en algunas operaciones. Tiene riesgo algunas veces, pues sino se vigila muy bien la parte puede helarse y convertirse en una complicación grave-

Los narcóticos son inútiles. La mezcla frigorífica del Dr. Anat es la única que puede recomendarse.

-Dos partes de yelo [hielo] y una de sal común se moja una compresa y se aplica a la parte, puesto en dos telas, pulverizándolos y mezclándolos antes.

Después que esta anestesia se ha practicado bien es decir gradualmente y con cautela, se alza el apósito para examinar la parte, y cuando se la encuentra, insensible se puede operar sobre ella, ya insensible.

Cirujia Menor

Las operaciones comprendidas bajo este titulo se encuentran muy bien tratadas en cualquiera obra y particularmente en Malgaigne- Por lo cual no haré aquí ninguna exposición sobre ellas

Operaciones Generales

Operaciones

Que interesan la cutis y capas de tejidos subyacentes

1° La una entrada en las carnes 2° Abscesos 3° Fistulas 4° Quistes, 5° Tumores

6° Heridas 7° Cicatrices viciosas 8° Autoplastia

I ---Una Entrada en las Carnes---

La causa mas común el calzado o la especie de horma. Por lo regular en el dedo grande del pié: poco común en los otros dedos de los pies, rarísimo en las manos.

Cinco Métodos ---

Primer método – Ablación de las carnes - Lisfrane, propone la ablación con el bisturí introducido se junta hasta la matriz de la uña para escindir la carne sobrepuesta, dando al instrumento un movimiento de bascula. Levral Pemetan, aconseja el cauterio.

Medio difícil e ineficaz

Segundo Método --- Enderezamiento de la uña – Para esto se hará primero la ablación de las carnes, si están muy excedentes y después se introducirá en el borde encorvado una de las orillitas de una lámina de hierro como aconsejaba Desault, o sino de plata, que se mantiene aplicada al dedo por compresas, tiras etc.

Tercer Método --- Ablación de la uña --

1er. Procedimiento --- Fabricio y Malgaigne – Aislar o separar bien las carnes de la porción encarnada de la uña: cortar esta con unas tijeras hasta la matriz, y arrancarla con las pinzas

2°. Procedimiento --- Ablación de la mitad de la uña hacia la porción encarnada – Dupuytren. Se deja deslizar rápidamente una punta de tijera bien aguzada hasta la matriz de la uña, entrando por el medio de su borde libre, se corta, se agarra con unas pinzas y se tira.

3er. Procedimiento- Arrancamiento de la uña entera – El Sr. Long. Se hace con una espátula, forzándola por el borde libre de la uña entre esta y la carne, hasta llegar a la matriz: después se arranca con las pinzas = Difícil, doloroso, restablecimiento tardío.

Cuarto Método --- Destrucción de la matriz de la uña

1° Destrucción Parcial --- Larrey --- Se arrima primero la porción encarnada según Dupuytren, después se hace con el bisturí la ablación de la porción en correspondiente de la matriz, y después se cauteriza con el hierro al rojo. Sediblot – cambió cauterio actual por el potencial que es quizás peor que el actual.

2° Destrucción --- Procedimiento --- Se hace una incisión profunda con un bisturí a 3 líneas del limite proximal de la uña, en forma semicircular; después se remanga el colgajo de atrás adelante con las pinzas de disecar, y se desprende toda la cutis y la uña también.

Procedimiento de Baudens, toma un bisturí en primera posición, escinde la cutis que cubre la matriz de un golpe, como si fuese una biruta de madera.

Quinto Método --- que me es peculiar. Hago la ablación de las carnes, si es absolutamente necesario, bien con el bisturí como Lisfrane, bien con el escalpelo, rasando la porción encarnada de la uña. Después introduzco por entre la porción encarnada de la uña, y la carne subyacente, con la punta de una sonda, de un bisturí o de un cortaplumas, muy poco a poco, porciones de hilas raspadas, o algodón. El dolor es fuerte, pero procediendo con calma y firmeza, en dos o tres ocasiones seguidas, día por día, o con un día por medio si hay mucha inflamación, se logra llegar con el

taponcito de hilas o algodón hasta la matriz de la uña – Por supuesto que el primer taco o tapón introducido queda en situ, para que los tacos sucesivos, que siguen detrás de el, le sigan empujando.

Luego que los tacos sucesivos llegan a la matriz de la uña, cesa el dolor la persona puede calzarse, y poco tiempo después, la uña ha tomado su posición natural y la curación es completa. El tapón de hilas que se deja en su puesto va saliendo después, a proporción que crece la uña y se corta. Este método lo he llamado de atacamiento.

II Abscesos

Los abscesos puede abrirse

- 1° Por los Cáusticos
- 2° Por la Punción
- 3° Por Incisión

Los abscesos pueden considerarse bajo tres puntos de vista

- 1° Abscesos en generales
- 2° Abscesos Profundos
- 3° Abscesos Particulares

1° El Cauterio

Los antiguos usaban mucho este medio con el cauterio actual, que para este fin ha caído en desuso. El potencial es el que se usa hoy, escogiendo la potasa caustica o la pasta de Viena – Debe tenerse presente que el cauterio potencial hace una escara triple de su tamaño.

2° El Sedal

Está en desuso – Se hacen dos aberturas con el bisturí o el trocar, y después se pasa la cinta con una sonda de ojo.

3° Punción

--- 1° Punción Simple – En los abscesos pequeños, se hace con el bisturí o el apostemero. En los grandes empleaba Petit el cauterio actual al blanco de plata. Excelente medio en los abscesos flegmanosos

--- 2° Punción e Inyección. Este procedimiento se aconseja contra los abscesos fríos con el fin de producir en las paredes del saco una inflamación de la uña – Se vacía el absceso con el trocar y se inyecta por su cánula una inyección irritante --

--- 3° Punciones sucesivas – Este procedimiento se emplea en los abscesos por congestión en los cuales se tiene la entrada del aire – Se hace primero una punción, y después se hace presión gradual, hasta concluida la salida del liquido se cierra la herida por primera intención – Lo mejor es emplear el trocar, y un robinete de llave, con lo cual hay seguridad completada que no entre el aire = como el que sirve para la paracentesis del tórax

4° Incisión

La abertura de los abscesos por incisión requiere la observancia de algunas reglas, que deberán tenerse presentes, a mas de las expuestas en las operaciones elementales.

1a. Debe procurarse hacer la incisión en un solo tiempo para economizar sufrimientos al enfermo.

2a. Una de las extremidades de la incisión debe corresponder a la parte mas declive.

3°. Por lo común basta una sola incisión principalmente si es hecho con la

dimensión conveniente.

4°. Debe recurrirse a hacer una contra abertura, si la abertura no esta en su parte mas declive ni la compresión ha hecho variar todas las señas. Para ello se procede de dos maneras, o levantando la piel por medio de la sonda acanalada introducida por la primera abertura, e introduciendo sobre la extremidad de la sonda; o reteniendo el pus en el punto que se quiere abrir, y reindiendolo por el método ordinario.

5°. Cuando los abscesos son muy grandes es mejor hacer desde el principio varias pequeñas incisiones que una sola muy grande.

6°. Estas incisiones se pueden reducir casi a punciones con el fin de facilitar la salida del pus: el sedal puesto entonces obstruye mas bien- Casagnae ha sustituido unos tubos de caucho, con agujeritos en su calibre para la salida del pus, siendo la sonda dicha permanente. El ha llamado este medio drenaje quirúrgico.

7°. Si los abscesos son superficiales y muy prominentes lo mejor es operar de adentro afuera; y si el tamaño del absceso y la consistencia y resistencia de las partes se opone a ello, entonces se opera de afuera a dentro.

8°. Si los abscesos están situados sobre músculos entonces se procurará no dividir ni en la dirección de las fibras, ni completamente todo el músculo transversalmente sino que se procurará conservar una parte del músculo, y dividir la otra parte oblicuamente, a fin de no inutilizarlo.

9a. Hecha la abertura del absceso se procurará vaciarlo sin introducir en su interior ni los dedos, ni instrumentos; a menos que haya señas que se conozca que deben franquearse con los dedos. La presión debe ser tanto mas suave, sostenida y uniforme cuanto mas profundo, esté el contenido, cuanto mas inflamada este la cutis y cuanto mas espeso sea el pus. Si la parte lo permite, puede procurarse la compresión para vaciar por medio de vendas, caladas con muchos agujeritos y distendidas sobre la parte.

1°. Abscesos en General

Solo pongo aquí este capítulo para conservar rígidamente el orden didáctico porque todo lo dicho hasta ahora, tiene la principal aplicación a los abscesos en general--

2°. De los Abscesos Profundos

Cuando los abscesos tienen por encima proporciones considerables de tejidos blandos, o aunque no situados muy profundamente, existan encima de ellos o muy vecinos órganos importantes, entonces no se pueden abrir francamente por ninguno de los medios expuestos, sino que se emplean los tres procedimientos siguientes:

Primer Proceder – Bisturí convexo o escápelo – División capa por capa, averiguando con el dedo la posición de los órganos, después de cada incisión y procurando encontrar o sentir la fluctuación.

Segundo Proceder – Hecha la 1a. Incisión se disecciona con el mango del escalpelo y mejor con los dedos hasta llegar al foco.

Tercer Proceder – Después de haber hecho una incisión mas o menos profunda, diseccionando hasta un espesor de consideración, puede pensarse entonces que el absceso no está bien formado, o que es peligroso continuar por los menos importantes interpuestos, entonces se llena la herida de hilas engrasadas, y se espera a que el depósito se abra camino por la abertura hecha. Entonces puede suceder que a las pocas horas el pus se abra paso.

Graves aplicó este método a los abscesos del hígado y Dupuytren a los abscesos

profundos del hígado.

3°. De algunos Abscesos en Particular

1°. Los de la cara, se dejan abrir por sí para evitar las cicatrices o si son muy dilatados se abren con la lanceta. Los que están situados en el espesor de los carrillos, deben abrirse hacia el interior de ella.

2°. Los de la Región Parotidea, se abren por incisión después que una gran parte del tumor se resuelve en el absceso.

3°. Los de la axila deben abrirse de abajo arriba, bisturí en 2a. posición, alzando el brazo para no sorprender la arteria axilar que se haya en la unión del 3° anterior con el medio.

4°. Los bubones se abren con el bisturí o la potasa. No se si aquí tiene inconveniente este último agente. No debe hacerse la incisión, con la axila dirección paralela al pliegue, sino transversal u oblicua --

III Fistulas

Nombre dado a algunos estados patológicos muy diferentes

El procedimiento operatorio para la curación de las fistulas, supone que ni son aplicables otros procedimientos peculiares a las enfermedades que puedan haberles dado origen, y ni que estas requieran para curarse el procedimiento operatorio peculiar a la fistula que es su síntoma: así la fistula dependiente de una enfermedad de un hueso, o de una enfermedad articular no requerirá operación ninguna, sino subordinada al tratamiento de aquellas enfermedades.

1° Ulceras fistulosas llamadas Ciegas

2a Fistulas propiamente dichas

3a Fistulas directas

4° Fistulas con pérdida de substancia

No enumeramos por tanto, la fistula sintomática, que muchas veces desaparecen espontáneamente, después de curada la enfermedad principal.

Tampoco citamos la complicada por ejemplo con la estrechez de un canal mucoso, que no debe operarse, si acaso, después de curada la otra.

1° Ulcera Fistulosas

Orificios purulentos muy estrechos que conservan el pus encerrado en el interior.

Procedimientos-- 1° Agrandar la abertura exterior con tientas de genciana, con el bisturí con hilas -- Algunas veces basta esto --

2° La compresión en todo su trayecto = Ineficaz.

3° Excitar en todo su trayecto una irritación favorable por medio de inyecciones, astringentes estimulantes, y aún cáusticas --- Infiel

4° Cauterizando todo el trayecto con un estilete al rojo, o con alambre eléctrico

5° El último recurso y más seguro es abrir todo el trayecto y dejarlo supurar.

2° Fistulas de Largo Trayecto

Son trayectos fistulosos que terminan en una mucosa y se han empleado en ellas los mismos procedimientos dichos, y todos son mas o menos ineficaces, el único usado hoy

es la conversión del trayecto en una ulcera abierta

--- 3° Fistulas Directas ---

Estas son: – 1a. La Recto vesical en el hombre

2a. Recto vaginal en la mujer

3a. Vesico Vaginal en la mujer

Procedimientos: 1° La Compresión, ineficaz.

2° La cauterización. Solamente para las fistulas]muy estrechas.

3° Reunión por primera intención: varia.

1° Por el avivamiento de los bordes.

2° Por la reunión.

El Avivamiento – Puede hacerse con el bisturí o tijeras – no con ningún cáustico – Se ayudará la operación concavidad a las pinzas y los ganchos; no se deja a ningún punto sin avivar. Velpeau, hacía dos incisiones semielípticas algo paralelas a los dos bordes y estos quedaban cortados a bisel. Dieffembach – aconseja el despegamiento de la mucosa – Difícil e ineficaz.

La Reunión

1° Para las fistulas que terminan en la cutis, se emplearán los serrafines.

2° Para las otras, se han empleado toda especie de suturas. En los puntos de [roto ¿reunión?] comprenden la mucosa y la cutis.

3° Dieffembach ordena para las fistulas circulares, la sutura en bolsa.

4° Fistulas con perdida de sustancia.

En fistulas que forman un orificio grande, como entre la vejiga y la vagina, entre el hioides y el **ericesil???** los Procedimientos son

1a. La sutura, si se pueden aproximar los bordes.

2a. Si es muy grande el orificio, se recurrirá a la autoplastia.

FIN.

Nota: El manuscrito de 20 paginas titulado: “Lecciones de Cirugía” del Dr. José María Vargas, copiadas por su discípulo el Dr. José María Pelgrón en 1827, presenta un dilema. José María Vargas murió en Nueva York en 1854 y José María Pelgrón en 1845; sin embargo en la pagina 16 del manuscrito se cita “*Para el año de 1866, se había administrado el Cloroformo en el hospital de Londres llamado de Guy 12 mil veces sin ningún caso fatal; (...)*” evidentemente ni Vargas, ni Pelgrón aportaron este concepto al manuscrito, aunado a esto el hecho que la primera parte del mismo tenga una letra menuda, y la segunda parte a partir de la pagina 11 una más holgada, nos induce a pensar, que en algún momento posterior a dicha fecha, 1866, un galeno hizo adiciones al manuscrito en cuestión.

En la transcripción que hicimos, todas las abreviaturas se omitieron para una mejor lectura. En el caso de vg, por verbi gracia, o lo que es lo mismo, por ejemplo, conservamos la frase de la época. Los subrayados son los que aparecen en el manuscrito. Los conceptos entre [] corchetes, fueron aportados por el transcriptor.