

## ALGUNOS TRABAJOS DE CIRUGIA PLASTICA DE LA CARA

---

POR EL DR. A. TORRES ESTRADA

**N**O obstante que la cirugía plástica parece ser el resultado de estudios recientes; sin embargo, su origen es tan antiguo como la Medicina misma y su historia se pierde en el misterio de los tiempos. Debo sin embargo señalar algunos puntos culminantes de ella, citar algunas fechas y algunos nombres, como justo homenaje a los hombres que han contribuido a formar esta rama de la Cirugía.

Desde los tiempos más remotos se practicaba en la India la rinoplastia, debido a la costumbre que tenían los indios de mutilar en la nariz a las esposas infieles, práctica que seguramente puso a prueba el ingenio de los médicos y de las pacientes para corregir el afrentoso defecto.

En Italia, en el siglo XVI, ya se practicaba la rinoplastia y fue Tagliacozzi, quien el año de 1597 describió el método conocido hoy con el nombre de italiano y que consiste en tomar un colgajo del brazo para aplicarlo a la nariz. El autor cayó en descrédito por sus procedimientos de cirugía reparadora, que fueron reprobados por los médicos contemporáneos de él, así como por el Clero que lo hostilizó hasta nulificarlo.

El ambiente para la cirugía plástica llegó a ser tan adverso en todas partes, que la Facultad de Medicina de Paris, a fines del siglo XVIII, prohibió toda clase de trabajos de esta índole, y en Inglaterra no eran tomados en consideración sino para satirizarlos.

No sucedió lo mismo en Alemania, en donde esta cirugía tuvo mejor acogida y lo prueba el hecho de que en 1820 Carl von Graefe, eminente oculista y operador en su ramo, creador de una gran parte de la cirugía ocular, hizo aparecer una importantísima monografía, que no sólo trataba sobre rinoplastia, sino sobre blefaroplastia, estafiloplas-

tía y algunas otras deformidades de la cara. Después de los trabajos de von Graefe vinieron los de Diefenbach y bien puede considerarse a ambos autores como los creadores de la cirugía plástica actual.

Pasando el tiempo y a medida que se iban divulgando estos trabajos, la Cirugía plástica fué propagándose paulatinamente en todas partes, aún en aquellos países en donde había sido proscrita. No escaseando los cirujanos que se dieron a trabajar en ella.

Debo citar por ejemplo, a Joseph C. Carpue, en Inglaterra, como el iniciador de estos trabajos en su país; a John Roe, a Robert Weir y Lee Cohen, en Estados Unidos del Norte; a Morestin en Francia; etc. En la actualidad son innumerables los cirujanos que la cultivan, siendo dignos de citarse a Beck, Carter, Gordon, Roberts, Sheeman y muchos más en Estados Unidos del Norte. Estuart Lowe, Gillies, Payne y Cole en Inglaterra; Bourguet, Sebileau, Martin, Sargnon y Baurack en Francia; Dufourmantel en Bélgica; Szymanowski y Nikolsky en Rusia; Esser, Nagel, Lexer, Von Hacker, Zinsser y Joseph en Alemania. Este último autor tiene el inmenso mérito de ser uno de los creadores de la rinoplastía por vía endonasal a fin de evitar toda cicatriz exterior.

### IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA PLASTICA.

En los tiempos actuales, en los que la lucha por la vida es más intensa y difícil, en los que no bastan las aptitudes individuales para desempeñar un trabajo y que la persona que lo obtiene sufre una inevitable y despiadada selección, la corrección de los defectos físicos, ya sean naturales o adquiridos, es de alta y trascendental importancia, por que ya no viene a satisfacer únicamente la vanidad ni constituye un simple acto de complacencia, desde cuyo punto de vista esta cirugía podría tener algo de censurable; sino que hay en el fondo algo más imperioso que se hace sentir como una dolorosa necesidad, de la misma manera que se imponen la pulcritud, las buenas maneras y todas las características de la cultura y el refinamiento, que se hacen indispensables en nuestro modo de vivir actual. Si a esto se añade que muchas de las imperfecciones del rostro constituyen a veces estigmas de degeneración que ponen en exhibición, con la mayor indiscreción, lacras familiares, tales como el alcoholismo, la epilepsia, la locura; estigmas que revelan alguna predisposición a la criminalidad, como las orejas de cazo señaladas por Lombroso; o bien la herencia de enfermedades peligrosas y repugnantes, como la sífilis, que tan profundas y características marcas imprime a los heredofilíticos. Por todo lo anterior se compren-

derá cuánta importancia tendrá desde el punto de vista social, que la persona portadora de tales defectos los pueda ocultar, o por lo menos atenuar, sobre todo, cuando vive en un medio de cultura tal en que fácilmente puedan ser valorizados en su significación real; por fortuna para el vulgo no tienen esa significación tan grave porque ignora su verdadero valor; pero en cambio, sí son causa de sátiras, motes y desprecios, que además de ser una molestia para las personas a quienes van dirigidas, son de consecuencias perjudiciales para ellas.

En efecto, a estas razones de orden puramente social, que serían bastantes para justificar la práctica de esta cirugía, cabe añadir otras de orden moral. La persona portadora de un defecto físico y que es consciente de él, vive constantemente abrumada y torturada por la idea de su inferioridad. Evita el trato con las demás personas, sus proyectos, sus iniciativas y hasta sus más insignificantes deseos se estrellan constantemente ante el temor de ser despreciada y humillada por las demás. Se hace pusilánime, vergonzosa y carente de toda iniciativa y voluntad, y a veces su desgracia es tanta que se ve privada de los más caros y legítimos afectos. Frecuentemente estas personas cuando ven el desprecio injusto de que son objeto, contrastando con los privilegios de que gozan las demás, dan cabida en su alma a pasiones bajas como la envidia y la maldad y pagan con odio, despotismo y desprecio el olvido en que las hacen vivir, aumentando sin querer su repulsión y el vacío que se ha formado en su derredor.

Dichas personas, que moralmente sufren tanto como el que más, deben considerarse como verdaderos neurópatas y son dignas por todos conceptos de nuestra atención. Si el remedio está en la mano del cirujano, creo que es un deber justo y altamente humanitario el aplicarlo.

## ESTETICA DE LA CARA Y EN PARTICULAR DE LA NARIZ.

Es cosa curiosa y digna de llamar la atención que en todos los tratados y trabajos de cirugía plástica que han llegado a mis manos se hable simplemente de la reparación de tal o cual parte de la cara que ha sido destruida, o de corregir tal o cual deformidad congénita o adquirida; pero ninguno de ellos marca exactamente el tipo, la forma, o las proporciones a que debe estar sometida dicha corrección.

Los pintores y los escultores, que son los que más desarrollado tienen el sentimiento estético por los rasgos de la fisonomía humana, co-

nocen más por intuición que por los cánones de la anatomía artística y las medidas antropométricas, las reglas y proporciones a que deben estar sometidos dichos rasgos y partes componentes de la cara.

No siendo yo pintor ni escultor, ni creyendo tener un sentido artístico tan desarrollado como el de ellos, he acudido a los tratados de anatomía artística y he tomado opinión de unos y otros a fin de conocer, aunque de una manera vaga a qué reglas debe estar sometida la cara para que sea artísticamente bella; pero me he encontrado que ni los libros contienen las formas, ni las medidas, ni las proporciones tan ampliamente explícitas como las he buscado y los artistas manifiestan que con la belleza del rostro pasa de la misma manera que con toda la belleza que surge en general de la naturaleza; que el mejor libro para estudiarla está en la naturaleza misma, y que no es posible la aplicación de reglas y proporciones exactas, porque precisamente uno de los elementos de la belleza reside en la variedad y en la multiplicidad de las formas y ésta no es, en suma, sino el resultado de la armonía en el conjunto, del contraste oportuno y de la perfección de cada una de ellas.

Uno de los factores más importantes en la fisonomía humana, que contribuye a darle la mayor parte del carácter y la expresión, es sin duda la nariz, y como por otra parte, el acopio de operados que tengo el honor de presentar, en su mayor parte son de nariz y además, siendo este apéndice el que se presta mejor a cualquier cambio o modificación en su forma, me concretaré a tratar sobre él.

Los tratados de anatomía señalan tres tipos clásicos de nariz, o sean la nariz recta, la aguileña y la arremangada, teniendo la primera una variedad que es la nariz griega, cuyo tipo es el de la Venus de Milo. Las medidas antropométricas señalan las medidas correspondientes a las distintas razas y nos dan el índice nasal cefalométrico, que permite distinguir tres tipos de nariz, es decir, leptorinianos, mesorinianos y platirinianos, que corresponden respectivamente a las razas blanca, amarilla y negra. Pero todos estos tipos morfológicos y todas estas medicinas, no bastan por sí solas para clasificar a la nariz en su mayor o menor grado de perfección y queda al juicio y al sentimiento artístico de la persona que observa considerar si determinada forma de nariz queda dentro o fuera del conjunto armónico de la estética.

Descartadas por completo las formas y proporciones que corresponden a la raza negra, quedan las de la raza amarilla, dentro de las cuales existe una gran variedad de formas y proporciones que constituyen una gradación bien marcada entre las de la primera y las de la blanca y son

justamente las variedades que más se acercan a ésta las que ofrecen un conjunto más armónico y -agradable. Sin embargo, son las características de la raza blanca las que dan el conjunto verdaderamente estético que hace nacer el sentimiento de belleza. Pero aquí es donde surge el problema más delicado en el asunto que he venido planteando; porque tan bella es una nariz recta, de contornos bien modelados, como una nariz discretamente aguileña, o una delicada y graciosamente arremangada. La belleza de la nariz no reside, por lo tanto, en la forma, sino más bien en la suavidad y en la pureza de las líneas.

Sin embargo, la nariz más gustada, a juzgar por las obras clásicas de los pintores y escultores, es la recta; pero su tamaño y sus detalles estarán en relación con el conjunto armónico de las demás partes de la cabeza. Transcribo aquí los cánones de frente y de perfil que he tomado del manual de dibujo de M. Perrot que dan las proporciones siguientes:

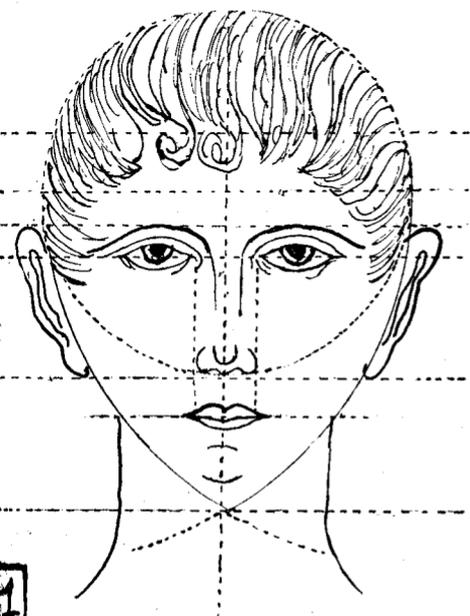


Figura 1

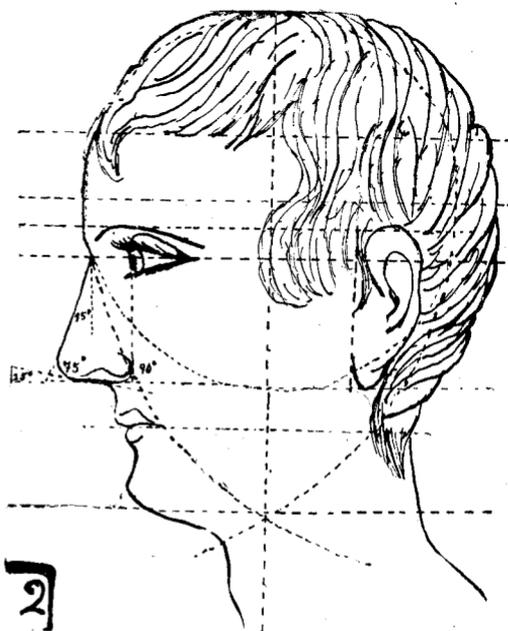


Figura 2

El tamaño de la nariz será un cuarto del tamaño total de la cabeza, según un plano vertical que pasaría por el vértice y la barba de la misma. La anchura, medida en las alas, será igual a la de un ojo, o sea la

quinta parte del diámetro trnsversal, medido en la parte más ancha del ovoide cefálico. Vista de perfil, el dorso formará con la vertical un ángulo que oscilará dentro de los límites muy próximos al de quince grados. La dirección del borde inferior de las alas de la nariz será sensiblemente horizontal y formará en su parte posterior un ángulo de noventa grados con la vertical y aproximadamente de setenta y cinco grados con el dorso. La vertical bajada desde la pupila limitará la altura de la nariz, o sea la distancia entre el lóbulo y la base, que será igual a la mitad del tamaño de la nariz.

Por último, ésta deberá ser del tamaño de la oreja situada al mismo nivel, y distante de ella dos tamaños y un tercio de nariz, medidos desde la junta.

Pero además de las proporciones señaladas, una nariz recta, para ser perfecta y realmente bella, deberá tener sus líneas de una pureza impecable, el dorso estará libre de toda clase de aristas y sinuosidades y será fino y delicado, ensanchándose lenta y gradualmente hacia la punta para constituir el lóbulo. La punta debe ser graciosa y uniformemente roma, sin presentar ningun ensanchamiento brusco o exagerado, ni bifidez, ni salientes, ni facetas. El ángulo que forme el dorso con las alas no pasará del indicado, pues si es menor la punta caerá sobre el labio superior en forma de pico y la nariz aparecerá sensiblemente alargada, tal es el tipo de la nariz judía o nariz larga. Las alas de la nariz deberán tener un suave modelado, su borde será el de una S. itálica muy alargada y casi confundible con la línea recta, sobre todo en la parte anterior, que es muy ligeramente cóncava; un aumento en la sinuosidad de estas líneas, hace más visibles las aberturas nasales y la acentuación en las curvas de las alas las hace aparecer con depresiones y salientes, siendo ambas cosas sumamente desagradables.

Uno de los detalles importantes en el modelado de la nariz es el subtabique, que continúa hacia abajo y hacia atrás la línea que ha venio formando el dorso y la punta. En la parte anterior apenas es visible, gracias a la concavidad de las alas; pero a medida que avanza hacia atrás va formando una saliente cada vez más pronunciada hasta unirse con el labio superior y tiene por lo tanto una dirección ligeramente inclinada de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, formando con alas de la nariz un ángulo aproximadamente de quince grados y sensiblemente recto con el dorso de la nariz y con el labio superior. El subtabique limita por dentro las aberturas nasales y contribuye a darles la forma y dirección. Estas deben ser ovaladas, con su diá-

metro mayor en dirección anteroposterior y paralelas entre sí, o ligeramente convergentes hacia la punta y casi no deben ser visibles ni de frente ni de perfil. Por último, el subtabique tendrá su borde inferior recto y desprovisto de toda curvatura o saliente exagerada.

La nariz aguileña, para que pueda conceptuarse como bella, deberá tener su dorso insensiblemente arqueado y casi confundido con la línea recta. Las demás proporciones en la anchura y tamaño de las alas y ventanas de la nariz serán iguales a las de la nariz recta; sin embargo la punta deberá ser ligeramente más fina y los ángulos que forman las alas con el dorso y con el labio superior serán ligeramente menores de setenta y cinco grados, sin que por esta disposición se observe la punta en forma de pico, que habitualmente aumenta la fealdad de las narices aguileñas exageradas.

La nariz arremangada para ser bella deberá ser una nariz pequeña y delicada, su dorso bajará en línea recta hasta muy cerca de la punta, en donde tomará una imperceptible concavidad anterior, ofreciendo después, casi bruscamente, el contraste de la convexidad de la punta sin que, sin embargo, presente ninguna saliente, ni aspereza. Las alas, que serán finas y delicadas, formarán un ángulo muy próximo al de noventa grados y las ventanas de la nariz, que serán pequeñas, ovaladas y bien modeladas, estarán ligeramente dirigidas hacia adelante, siendo sin embargo, muy discretamente visibles cuando la persona está de frente. El subtabique formará con el labio y con el dorso de la nariz ángulos ligeramente mayores de noventa grados.

### CLASIFICACION DE LAS DISPLASTIAS O DEFORMIDADES NASALES.

Los traumatismos, las enfermedades y entre ellas la sífilis o la tuberculosis principalmente y las anomalías en el desarrollo de la nariz, constituyen las causas principales de las deformidades nasales. Dichas deformidades adquieren tipos especiales, no sólo por la causa que las ha determinado, sino también por el sitio en que tienen lugar, dada la especial estructura del esqueleto de la nariz, formado en su mitad superior por hueso y en su mitad inferior por cartílagos. Esta diferencia en la consistencia de los tejidos hace que las injurias que ésta reciba puedan acentuarse o limitarse más en una parte que en otra.

En las displastías de origen congénito todas las partes constitutivas de la nariz están respetadas y solo cambiadas en el tamaño en la

forma y frecuentemente se observa que la deformidad solo afecta una u otra parte del armazón de sostén.

En las de origen traumático se observan dos tipos, las mutilaciones y las deformaciones por hundimiento del armazón de sostén. Las primeras, que casi siempre llevan incluídas la piel y el citado armazón, son muy variables en tamaño y en sitio, distinguiéndose dos variedades o sean totales y parciales. Las segundas se diferencian en que por regla general, la piel y las partes blandas son respetadas, siendo preferentemente afectado el aparato de sostén en su parte ósea y poco o nada afectado en la porción cartilaginosa.

Las displastías de origen infeccioso respetan habitualmente la estructura ósea y atacan de preferencia la cartilaginosa, siendo la parte más vulnerable el tabique de sostén y sólo de una manera secundaria o cuando constribuyen otros factores, como la edad temprana del paciente, o la intensidad y falta de atención oportuna del padecimiento, pueden ser afectadas las partes óseas del aparato de sostén.

Sebileau hace una clasificación muy completa y minuciosa de las displastías nasales, que resumiéndola es la siguiente:

#### A. Displastías nasales por pérdida de substancia.

1. Destrucciones completas.
2. Destrucciones parciales.

#### B. Displastías nasales por deformación.

1. Hípoplastías del armazón.
2. Hiperplastías del armazón.
3. Displastías por desalojamiento del armazón.

En todos estos grupos y subgrupos están comprendidas todas las displastías, ya sean totales o parciales, a que antes me he referido y que no he reproducido en detalle para no alargar innecesariamente este trabajo.

### ANESTESIA Y TECNICA OPERATORIA GENERAL.

La anestesia para la rinoplastía, siempre que no se trate de las grandes operaciones de reparación total o subtotal de la nariz, será de

preferencia la local por medio de la novocaina adrenalina, principalmente si se trata de las displastías congénitas en las que los cortes que se deben practicar en el esqueleto osteocartilaginoso deben ser precisos y generalmente muy pequeños. cosa que sería incómodo hacer bajo la anestesia general, que no cohibe la hemorragia y por la molestia de tener que aplicar el anestésico dentro del campo operatorio mismo.

Se comenzará aplicando una serie de puntos de inyección hacia la unión de los cartílagos con los huesos nasales, en cuyo lugar emergen gran parte de los nervios que dan la sensibilidad a las alas y al lóbulo nasal. Además, en este lugar la piel no es adherente y por lo tanto, las primeras inyecciones no son tan dolorosas como cuando se comienza a infiltrar las alas o la punta, lugares en los que la piel está íntimamente adherida y su despegamiento por el líquido anestésico produce un vivo dolor. Pasados unos minutos y siempre descendiendo, se infiltrará el lóbulo, la cara externa de las alas, el subtabique, la cara interna de las alas y en ciertos casos la parte anterior del tabique nasal.

La posición preferida para este género de operaciones será el decúbito dorsal y el operador estará siempre provisto de un fotóforo que le ayudará a ejecutar las maniobras intranasales. Las fosas nasales deberán taponarse previamente, sobre todo en las operaciones algo cruentas como son el enderezamiento de la nariz, la resección de la giba nasal, o la corrección de las narices demasiado anchas.

Para la corrección de los defectos del lóbulo se emplean habitualmente dos clases de incisiones. La primera consiste en tallar por dentro de cada abertura nasal un corte en forma de V cuyo vértice, dirigido hacia adelante, corresponde a la punta, uno de los lados al borde interno de la ala de la nariz y el otro en el subtabique. Esta última incisión se hará por transfección por medio de un cuchillo fino de doble filo, que Joseph ha ideado para el caso, pero que puede substituirse por un cuchillo de catarata común y corriente. El resultado de esta maniobra es hacer simultáneamente las dos incisiones del subtabique, las cuales se prolongan hacia adelante hasta reunirse con los de las alas para completar la V.

Incindida así la piel, dentro del vestíbulo nasal, sólo queda disecarla cuidadosamente del armazón cartilaginoso para practicar en él las operaciones del caso.

La otra incisión empleada no es sino una variante de la anterior y consiste en desinsertar el subtabique hacia su base, después de haberlo

dividido por transficción, lo que permite disecar y levantar hacia arriba todo el revestimiento cutáneo del lóbulo nasal.

Para otro género de intervenciones, como son la resección de la giba nasal, la introducción por vía endonasal de un injerto cartilaginoso, etc., se usan dos incisiones intranasales que comprenden la mucosa y el cartílago y se practican en el límite de éste con el hueso. Se disecciona la piel a través de dichas aberturas cuidando de no lesionarla y solo queda por practicar en el esqueleto la operación que se tiene que ejecutar.

Por último, señalaré como base fundamental de la rinoplastia un hecho esencial que Joseph ha marcado con insistencia: la corrección de las displasias se verificará en el esqueleto osteocartilaginoso y deberá respetarse en absoluto la piel. Esta se amoldará a la forma del esqueleto, cualesquiera que sea su forma y solo en muy contadas excepciones será la causa de una deformidad nasal.

### OPERADOS POR HIPOPLASTIA DEL CABALLETE NASAL.

Caso núm. 1.—C. A. de 25 años, militar, sin antecedentes patológicos de ninguna importancia. Hace cuatro años tuvo una caída del caballo y sobre caído recibió en la cara una coz de la bestia que le produjo el hundimiento del dorso de la nariz y del tabique de sostén. El día 6 de febrero del año en curso se le hizo un injerto costal bajo la anestesia local, introduciéndolo por la ceja derecha y siguiendo la técnica siguiente.

Previamente se tomó un molde de la depresión nasal con pasta de impresión para dentistas, substancia que se hace sumamente maleable templándola en agua caliente y que una vez que se ha enfriado, adquiere una consistencia dura y frágil. Dicho molde para esterilizarlo se sumergió durante dos horas en una solución de bicloruro de mercurio al 1,500 el día de la operación.

Una vez practicada la anestesia en la piel cubierta por la ceja y en la de todo el dorso de la nariz, se hizo una insición de dos centímetros sobre la cabeza de la ceja y por medio de la espátula de Joseph y con tijeras curvas y romas se hizo el despegamiento de la piel de la nariz hasta la punta.

Previamente localizada la octava costilla, que es la que los clásicos señalan de preferencia para tallar el injerto cartilaginoso y desinfectada la región, se hizo la anestesia por planos, al mismo tiempo que

la incisión para descubrir dicha costilla y resecarle toda la parte cartilaginosa, cuidando de no desnudarla de su pericondrio.

Una vez extraído el cartílago se hizo el modelado del injerto por medio de un bisturí, imitando hasta la mayor perfección posible la forma y dimensiones del molde de pasta, teniendo cuidado de conservar todo lo más posible del pericondrio.

Después de haber modelado el injerto cartilaginoso, se introdujo a través del tunel formado debajo de la piel, habiendo quedado desde luego perfectamente adaptado y bien corregido el defecto de la nariz.

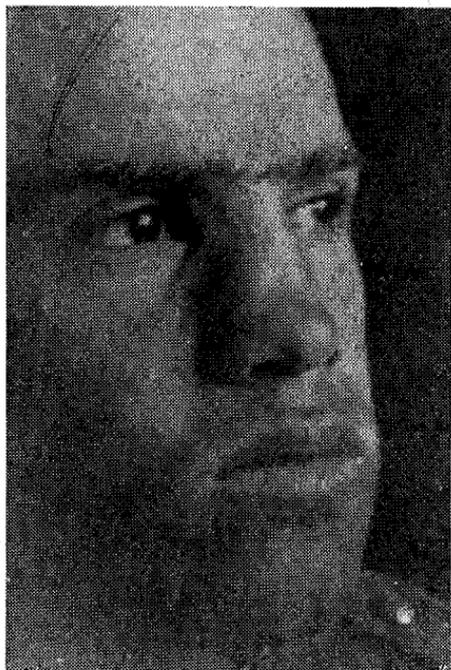
Se suturaron ambas heridas y se pusieron los apósitos correspondientes.

No hubo ninguna reacción inflamatoria, cicatrizando ambas heridas por primera intención.

Días más tarde, se notó en el dorso de la nariz, cerca de la raíz, una pequeña saliente que era producida por la punta del injerto cartilaginoso, que había sido empujado hacia arriba por el proceso de cicatrización. Para corregir este defecto se hizo necesario abrir nuevamente la herida de la ceja en una pequeña porción, al fin de introducir unas tijeras finas con las que se regularizó la parte saliente del cartílago. El resultado fue muy satisfactorio, como puede apreciarse por las fotografías. — *Veanse Figuras 3 y 4.*

Caso núm. 2.—M. O. de 19 años de edad, heredosifilítico, con una nariz en silla de las más características. Fue tratado dos años antes de queratitis intersticial, de la que curó satisfactoriamente con el tratamiento local y el antisifilítico a que fué sometido. Le fué propuesta la corrección de su defecto, lo que aceptó de buen grado, habiéndose practicado cuando después de un largo tratamiento antisifilítico se obtuvo una reacción débilmente positiva. Al afecto, fue internado en el Hospital Juárez a principios del mes de septiembre de 1928. La operación, de la misma manera que en el caso anterior, se hizo bajo la acción anestésica de la novocaina adrenalina y siguiéndose en todo la misma técnica, sin que se presentara ningún contratiempo, ni la menor reacción inflamatoria. El resultado fue satisfactorio, sin embargo, habiendo quedado un pequeño surco entre el lóbulo y el dorso de la nariz, dos meses más tarde quise corregir esta pequeña imperfección, introduciendo por una incisión mediana, practicada a través del subtabique, dos fragmentos de cartílago tomados de otro enfermo a quien le hice una resección del tabique, y no obstante que extremé todos los cuidados de asepsia, la herida se infectó y se complicó de un flegmon que despegó toda la piel

que cubría el injerto cartilaginoso. Se dió salida al pus por la incisión operatoria y parte encontró salida espontáneamente por el dorso de la nariz. Por un momento me vi tentado a extraer el injerto cartilaginoso, lo cual fué imposible debido a la fijeza que presentaba y de los dos fragmentos de cartílago que introduje posteriormente, solo pude extraer uno y esperé a que se eliminara espontáneamente el otro; pero con



*Figura 3*

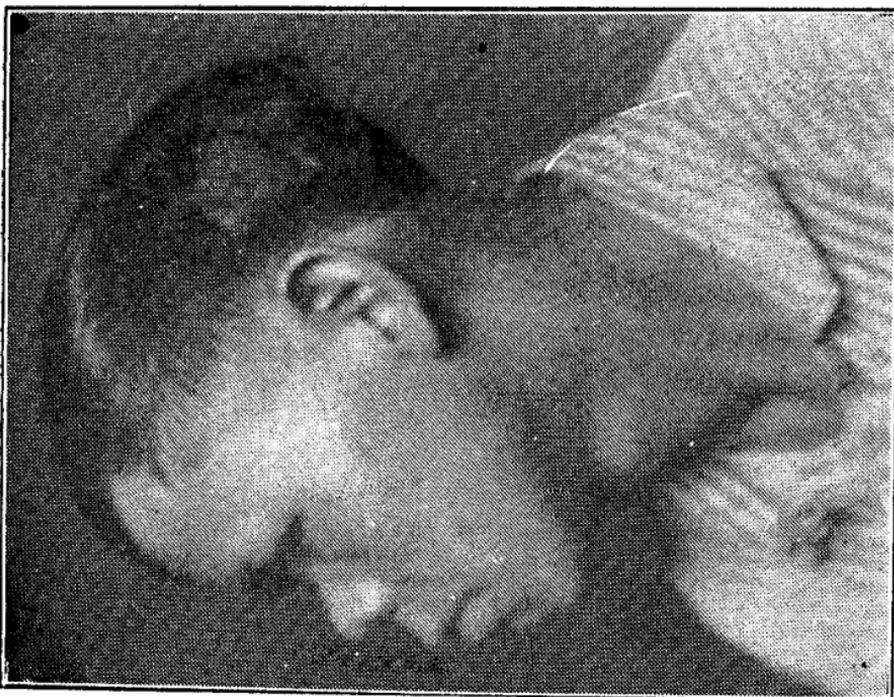


*Figura 4*

gran sorpresa para mí, pude observar que el proceso inflamatorio cedía, cicatrizando finalmente la piel en pocos días y que no fueron eliminados ni el injerto primitivo ni el secundario. El resultado final casi en nada varió del primero, salvo dos pequeñas cicatrices que quedaron, una en el dorso y otra en el surco nasogeniano izquierdo, que posteriormente se hicieron imperceptibles. — *Veanse, Figuras 5 y 6.*



*Figura 6*



*Figura 5*

Caso núm. 3.—A. N. de 25 años. Fue internada en el Hospital Juárez en la sala del Dr. Gustavo Baz, quien la trató quirúrgicamente de una estasis intestinal debida a ptosis del ángulo, hepático y a colecistitis calculosa. Presentaba además una nariz en silla y aceptó sin dificultades la operación que le fué propuesta para corregírsela. Dicha intervención se llevó a efecto bajo la anestesia general el día 18 de abril de 1929, siguiendo la misma técnica que en los casos anteriores. En los dos primeros días que siguieron a la intervención se manifestaron edemas en la nariz, en los ojos y parte de la cara, debido a una reacción inflamatoria focal, que fue acompañada de ligera reacción febril; pero felizmente desaparecieron dichos fenómenos inflamatorios y la curación siguió su curso normal.

Durante esta intervención tropecé con el grave inconveniente de que el cartílago costal era sumamente delgado, lo que me impidió tallar el injerto a la forma y tamaño exactos al molde tomado antes, cosa que ya me ha sucedido en otros pacientes del sexo femenino a quienes he tenido que hacer la misma operación. Por esta razón y por tener la paciente las ventanas de la nariz redondas y dirigidas hacia adelante, no se obtuvo un resultado tan satisfactorio como en el primer caso; por fortuna estos defectos son susceptibles de corregir haciendo la reducción del bulbo de la nariz, operación que será practicada en breves días.

—*Veanse, Figuras 7 y 8*



*Figura 7*



*Figura 8*

Caso núm. 4.—J. G. de 35 años de edad, se presentó a mi consultorio para ser curado, entre otros defectos, de una perforación de la ala derecha de la nariz debida a una osteitis sifilítica que destruyó gran parte del tabique y porción ósea de la nariz, habiéndole producido el hundimiento del dorso y de la punta y la desviación hacia la derecha del citado apéndice. Al cicatrizar quedó una perforación circular en el surco nasogeniano, comunicando con la cavidad nasal y como de seis milímetros de diámetro, dicha perforación, en vista del espesor de la pared, más bien estaba formando un canal forrado en su totalidad de piel, que se insinuaba como un embudo dentro de ella. Esta deformidad le tenía mucho más preocupado que las otras y la ocultaba con un parche de tafetán o de tela emplástica, lo que le daba un aspecto sumamente repugnante, y para corregirla se empleó la técnica siguiente:

Se hizo una incisión circular en la piel, circunscribiendo el contorno de la perforación y en seguida se prolongó hacia arriba y abajo por dos pequeños cortes, siguiendo la dirección del surco nasogeniano, convirtiéndose así, esta incisión circular en fusiforme. Se hizo después la disección minuciosa de la piel que tapizaba la perforación hasta llegar a la mucosa nasal, e inmediatamente después se despegó la piel en cantidad suficiente para facilitar su deslizamiento.

Sutura endonasal con catgut por medio de una aguja fina de Trelat, tomando la piel y mucosa que tapizaba la perforación y que quedó invaginada hacia adentro de la nariz.

Finalmente, se hizo una sutura intradérmica de la piel, quedando la perforación cerrada por dos planos de tejidos blandos, uno endonasal formado de un poco de piel y mucosa y el otro por el revestimiento cutáneo externo. El resultado fué una cicatriz poco adherente, pero casi imperceptible.—*Veanse Figuras 9 y 10*

## OPERADOS POR HIPERPLASTIA DEL CABALLETE NASAL.

Caso núm. 5.—Sra. G. V. de S. de 32 años de edad, esposa del fotógrafo que ha hecho algunas de las fotografías que ilustran este trabajo. Era portadora de un caballete de la nariz que parecía más abultado de lo que se vé en el retrato, tal vez por ser muy delgada y de rasgos bastante finos. Por iniciativa de ella y de su esposo le fué corregido el defecto, empleando la técnica siguiente:

Anestesia por infiltración de novocaina, adrenalina a toda la piel del dorso de la nariz, así como en la pared interna de las alas.



*Figura 9*



*Figura 10*

Incisión endonasal, por medio de un bisturí fino, abajo de la unión del hueso con el cartílago y despegamiento por medio de la espátula de Joseph, de toda la piel del dorso en la porción huesosa y desnudamiento del periostio en la parte correspondiente a la giba.

Rebajamiento de ésta por medio de la limá de Joseph.

Taponamiento de la nariz y vendaje compresivo sobre el dorso, para evitar la hemorragia postoperatoria, muy frecuente en estos casos y que apenas si la hubo en el presente.

Durante los primeros días que siguieron a la intervención hubo edema de la nariz y de los párpados, que fué debido a una ligera reacción inflamatoria, no obstante que el taponamiento de la nariz se retiró al día siguiente.

El resultado fué muy satisfactorio como puede juzgarse por las fotografías. — *Veanse, Figuras 11 y 12*

No siempre es fácil reseca la giba nasal por medio de la lima y a veces conviene emplear mejor el cincel y el mazo; pero usándolos con extremo cuidado para no ir a provocar el arrancamiento de los huesos propios de la nariz. Es el procedimiento que recomienda Miller en su tratado de cirugía plástica.

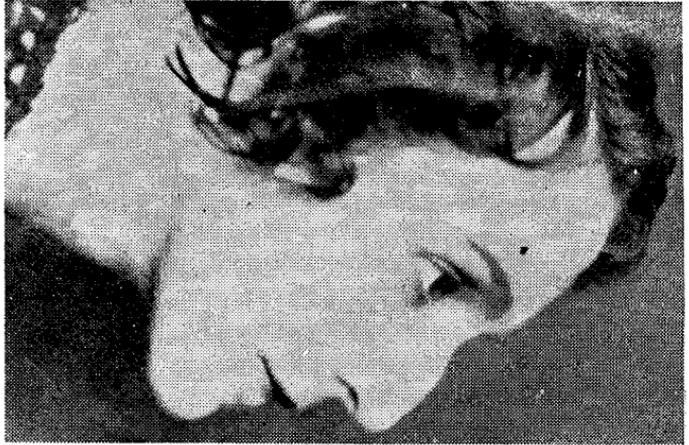
Bourguet para las gibas muy altas aconseja el procedimiento siguiente, que es mucho más quirúrgico, aunque más complicado; pero tiene la ventaja de conservar el dorso de la nariz intacto, cosa que es muy importante cuando es de proporciones normales.

Después de la incisión de la mucosa y del cartílago se reseca por medio de una sierra o de una cizalla fina, una cuña ósea de cada lado de la pared de la nariz, del ancho de la altura de la giba y paralela al surco nasogéñiano. Inmediatamente después se hará la resección de una porción del tabique de sostén, en forma de huso y siendo su parte más ancha igual a la altura de la giba.

Hecho lo anterior se hundirá el dorso de la nariz hasta enderezar la giba, se hará el apósito como se ha descrito anteriormente y se sujetará en sus nuevas relaciones anatómicas mediante un molde de metal o de pasta de dentistas, hasta obtener la cicatrización.

Caso núm. 6.—M. D., preparatoriano, de 17 años, nariz correcta en su parte superior ósea, pero extraordinariamente crecida en su parte cartilaginosa: alas anchas, lóbulo saliente y ancho, subtabique proci-dente y ondulado. Le fué propuesto el mejoramiento de su nariz y aceptó sin grandes dificultades la operación, la cual se practicó el día 10 de abril de 1928.

*Figura 11*



*Figura 12*



La técnica que seguí en este caso fué la incisión intranasal en V de Joseph, antes descrita, a través de la cual disequé toda la piel de las alas hasta poder tener a la vista el esqueleto cartilaginoso por una de la ventanas nasales.

En seguida, por medio del sacabocado fino de Joseph, se tallaron dos colgajos cuneiformes de cartilago, de dos milímetros de ancho por quince de largo, paralelos entre sí y al dorso de la nariz, lo que fué suficiente para obtener el adelgazamiento del lóbulo nasal.

En el subtabique se reseco del cartilago cuadrangular un fragmento en forma de huso, de dos milímetros de ancho por once de largo, con lo que bastó para que el subtabique adquiriera la forma y proporciones normales.

Finalmente, se resecaron dos cuñas en forma de V., comprendiendo piel y fibrocartilago, justamente hacia la inserción de las alas, con lo cual se corrigió la exagerada anchura de éstas. El resultado fue de los más satisfactorios, como puede apreciarse por las fotografías.

— *Veanse Figuras 13 y 14*

Caso núm. 7.—A. C., de 24 años de edad. Era portadora de una nariz de un lóbulo muy saliente y ancho, recordando la forma del pico de los patos, que le fué corregida a fines del mes de abril de 1928, bajo la técnica siguiente.

Incisión en V. dentro del vestíbulo nasal semejante a la del caso anterior, con la diferencia de haber cortado el subtabique a raíz de su inserción en el labio superior, después de haberlo dividido por transfección, formando así un colgajo cutáneo que se levantó hacia el dorso de la nariz, dejando al descubierto el esqueleto cartilaginoso.

Disección de toda la piel del lóbulo y resección de toda la parte saliente de los cartilagos alares, cuyo excesivo desarrollo era la causa de la deformidad.

Esta paciente se condujo mal durante la operación, que se hizo de la misma manera que en los casos anteriores bajo la anestesia local, dado su temperamento extraordinariamente nervioso, lo que motivó que el campo operatorio se bañara varias veces de saliva, de sangre y moco procedentes de la nariz, habiéndose presentado por esta causa una infección de cierta importancia, que felizmente no tuvo ningunas consecuencias graves. Solamente recién operada era notable la cicatriz que se formó por segunda intención; pero al cabo de tres meses llegó a perderse por completo, siendo el resultado final bastante satisfactorio.

— *Veanse Figuras 15 y 16*



*Figura 13*



*Figura 14*



*Figura 16*



*Figura 15*

Caso núm. 8.—Srita. E. R. de 32 años de edad. Presentaba una deformidad de su nariz consistente en la hipertrofia del bulbo nasal, que era notablemente globuloso y prominente, deformidad que le fue corregida por el método de Joseph, procediendo de la manera siguiente:

1.—Incisión por transficción del subtabique, entre los cartílagos columnares y la piel en una extensión de quince milímetros.

2.—Diseción de la piel del subtabique a uno y otro lado para descubrir los cartílagos columnares.

3.—Resección de una porción, en dichos cartílagos, de cuatro milímetros.

5.—Prolongación hacia adelante de la incisión del subtabique a la cara interior de las alas para convertirla en incisión en V.

6.—Diseción de la piel del lóbulo nasal y resección de dos cuñas de dos milímetros de ancho por quince de largo, para reducir la anchura del bulbo.

7.—Suturas en los cartílagos alares y suturas en U en el subtabique, procurando que los cartílagos columnares retrocedieran hasta la inserción del subtabique en la espina nasal.

El resultado fué satisfactorio.—*Veanse Figuras 17 y 18*



*Figura 17*



*Figura 18*

M. de J. G. De 28 años. Presentaba una nariz larga, de tipo judío, que dada la delgadez extrema de su cara se hacía más desagradable todavía. Se le hizo la corrección de su defecto el día primero de mayo de 1929 bajo la técnica siguiente.

1.—Incisión del vestíbulo nasal en forma de V. y después de la transficción del subtabique, sección de éste sobre su base de implantación.

2.—Diseción de la piel del lóbulo nasal y una vez que estuvo desnudado el armazón cartilaginoso se resecaron a uno y otro lado, sobre los cartílagos triangulares, dos cuñas de vértice dirigido hacia atrás y de base mediana correspondiendo al dorso de la nariz, siendo la anchura de la base de estas cuñas igual a la cantidad que se tuvo que levantar la punta del apéndice nasal.

3.—Resección de una cuña del mismo tamaño que la de las alas sobre el tabique de sostén quedando de esta manera dividido en dos partes la porción cartilaginosa del armazón nasal.

4.—Sutura del plano cartilaginoso por puntos de catgut, levantando en este tiempo la punta de la nariz.

5.—Suturas de la piel y aplicación del apósito.

Este caso, que es el más reciente que tengo el honor de presentar, toda vez que hace tan solo quince días que fué practicada la operación, da una idea muy halagadora acerca del resultado final, que será mejor que el que se aprecia en las fotografías, las cuales fueron tomadas estando aún algo inflamada la nariz, por cuya razón aparece una ligera sobre corrección del defecto.—*Veanse Figuras 19 y 20*

## DISPLASTIAS POR DEVIACION DEL CABALLETE NASAL.

Caso núm. 10.—B. S. de 34 años de edad, mecánico automovilista. El año de 1926 estando debajo de un automóvil, con objeto de componerlo, le cayó encima de la cara por estar mal colocado el aparato que lo levantaba. A consecuencia de este enorme traumatismo se fracturaron ambos huesos propios de la nariz y el tabique de sostén, habiéndole quedado la nariz completamente desviada hacia la derecha. Esta deformidad lo tenía extremadamente desesperado y afligido, tanto por el aspecto repugnante que ofrecía, como por los motes y sátiras de que era objeto por parte de sus compañeros de gremio. El abatimiento que esta desgracia le causó fue tan grande, que durante los ocho años que duró con su deformidad se vió precisado a vivir de noche guiando un automóvil de sitio y ocultando su cara en una bufanda.

La operación se llevó a efecto el día 25 de abril de 1928 y se inició bajo la anestesia local por la novocaina, pero siendo el paciente extraordinariamente pusilánime y nervioso, se continuó baja la acción del cloroformo. Dicha intervención consistió en los siguientes tiempos.

1.—Incisión endonasal de dos centímetros abajo del borde de la abertura piriforme, comprendiendo mucosa y cartilago de cada ala de la nariz y despegamiento de la piel del esqueleto por medio de una espátula de Joseph hasta la punta, teniendo cuidado de no perforarla ni maltratarla.



*Figura 19*



*Figura 20*

2.—Sección por medio de la sierra de Joseph de ambas apófisis ascendentes y de los huesos propios de la nariz, siguiendo la línea que corresponde al surco nasogeniano, hasta movilizar por completo el apéndice nasal.

3.—Sección del tabique nasal en dirección paralela al dorso.

4.—Perforación por medio de un perforador fino en la parte más baja a la abertura piriforme, haciendo pasar un hilo grueso de seda.

5.—Doble perforación del tabique cerca del dorso de la nariz, haciendo pasar después uno de los cabos del hilo de seda formando una puntada en U.

6.—Enderezamiento de la nariz en su posición normal, fijándola en esta posición por anudamiento de los dos cabos del hilo.

Durante los primeros días que siguieron a la intervención hubo reacción inflamatoria con edemas en la cara y en los párpados, cuyos síntomas cedieron pronto y sin ninguna consecuencia, siendo el resultado final altamente satisfactorio, como puede apreciarse en las fotografías. — *Veanse Figuras 21 y 22*

Como dato curioso e interesante en este enfermo debo relatar que pocas semanas después de operado me visitó acompañándole una señorita, que me presentó como su novia y me pidió que le mostrara una fotografía de él antes de ser operado, porque la expresada señorita estaba muy intrigada en conocer su estado anterior. Pude entonces enterarme de que este joven en su desventura de ocho años hasta de la satisfacción legítima del amor se había privado.

### BLEFAROPLASTIAS.

Sta. A. M., de 23 años de edad. Sumamente agraciada, tuvo hace algunos años una osteitis de los huesos de la cara a consecuencia de la cual se le formó un ectropión cicatricial, con extensa retracción y adherencia de las partes blandas al hueso, de cuya deformidad solo da una vaga idea la fotografía adjunta, pues la cicatriz se hallaba en una depresión como de un centímetro con relación al plano de la mejilla y cuando se reía, o gesticulaba en el curso de la conversación el defecto se hacía más aparente

La técnica empleada fué la siguiente:

1.—Incisión de la piel al borde de la adherencia, siguiendo una dirección paralela al borde palpebral y disección de todas las partes blandas adheridas al hueso.

2.—Disección por debajo de la piel de dos colgajos pediculados de tejido grasoso, uno tomado de la región temporal y el otro de la mejilla, los cuales fueron deslizados sobre la parte huesosa puesta al descubierto y que estaba adherida con la piel, habiendo tenido cuidado de acojinar y cubrir con la grasa dicha superficie.

3.—Deslizamiento de la piel y autoplastía en Z para aumentar la anchura del párpado inferior, que ya disecado mostraba una gran falta del revestimiento cutáneo.

4.—Resección cuneiforme de Kuhnt en el párpado inferior, debido a un alargamiento considerable de su borde que había sufrido por la



*Figura 21*



*Figura 22*



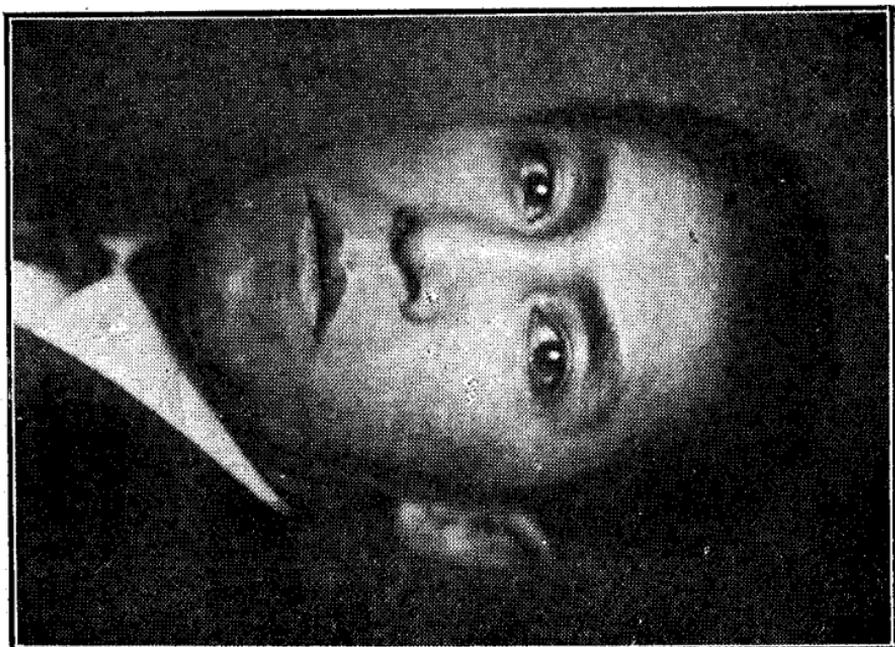
*Figura 24*



*Figura 23*



*Figura 25*



*Figura 26*

retracción cicatricial y que una vez disecado daba la impresión de estar muy aumentado de tamaño.

Después de haberse obtenido la cicatrización de esta primera operación, con toda felicidad, se vión que aún persistía una pequeña retracción del párpado, la que fué remediada mediante una pequeña autoplastia de la piel, que permitió aumentar la anchura del párpado. El resultado fué muy satisfactorio como lo demuestran las fotografías.

—*Veanse Figuras 23 y 24*

Caso núm. 12.—J. R. de 28 años de edad. Se presentó con un ectropión cicatricial del párpado inferior izquierdo consecutivo a una erisipela que tuvo cuatro años antes.

Se corrigió por la técnica de Rollet tomando un colgajo de la sien y deslizando previamente otro colgajo de tegidos grasoso tomado de la mejilla. —*Veanse Figuras 25 y 26*

México, mayo 15 de 1929.

### BIBLIOGRAFIA.

Jaques Joseph. Korrektive Nasen—un Ohrenplastik.

Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der Oberen Luftwege.

Correction chirurgicale des diformites congenitales et acquises de la pyramide nasale par. Pierre Sebileau et Leon Dufourmentel.

Julien Bourguet. La correction esthetique des diverses deformations nasales.

Georges Laurens. Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.

Beck and Frank. Stereoscopic atlas of plastic Surgery of the face, head, and neck.

Testut. Anatomia descriptiva.

M. Perrot. Manual de dibujo.