

al otro, tienden á convertirse en rectilíneos, desviados como están por el grosor de la sonda ó del rollo de esparadrapo interpuesto entre ellos, y por consiguiente tienden á cortar la herida. Para evitar este grave inconveniente, no empleo más que un hilo metálico simple pasado á través de un agujero de la sonda hecho con un punzón; luego reuno dos á dos los hilos vecinos, con lo cual la sutura no pierde nada de su solidez y se evita el doble inconveniente que acabo de señalar.

No estará de más decir algo de la manera cómo conviene retirar los hilos cuando nos servimos del hilo metálico para la sutura

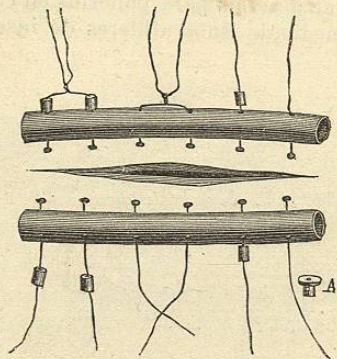


FIG. 80

Sutura enclavijada, modificada por L. Le Fort

entrecortada, que es la que más comunmente se practica. Generalmente se corta con unas tijeras el asa metálica en un punto cualquiera y se retira el hilo tirando de su parte libre, que había quedado más ó menos larga. El hilo no puede retirarse sin enderezar el asa, en cierto modo con violencia, exponiéndose á desunir la herida y hacerla sangrar. Creo muy preferible seccionar el asa todo lo más próximo posible al punto en que el hilo ha sido anudado ó torcido; coger con una pinza el extremo del asa así seccionada y tirar de este extremo del hilo con la pinza de manera que se enderece, mientras se sostienen con otra pinza los cabos anudados ó torcidos. Esta maniobra tan sencilla tiene la ventaja de abrir el asa poniendo al hilo rectilíneo y entonces se le retira con la mayor facilidad sin que la herida sufra por ningún concepto.

SECCIÓN SEGUNDA

OPERACIONES GENERALES

Denomino así las operaciones que se practican en los sistemas de órganos ó tejidos distribuidos en toda la economía; tales como la piel, el tejido celular, los músculos, el sistema nervioso, vasos y huesos; en oposición á las que se practican en un órgano especial ó en una región determinada.

CAPITULO PRIMERO

OPERACIONES QUE INTERESAN ESPECIALMENTE

LOS TEGUMENTOS Y CAPAS SUBYACENTES

En este capítulo reuniré las operaciones correspondientes á los puntos siguientes: 1.º abscesos; 2.º fistulas; 3.º quistes; 4.º tumores; 5.º heridas; 6.º cicatrices viciosas; 7.º autoplastia ó restauración de las partes destruidas; 8.º y último, uña introducida en las carnes.

ARTICULO PRIMERO

DE LOS ABSCESOS

I.— Abertura de los abscesos en general

Podemos abrir los abscesos de tres maneras: por *los cáusticos*, por *punción* ó por *incisión*.

La práctica generalmente en uso consiste en abrir los abscesos, desde el momento en que la fluctuación indica la presencia del

pus. No es éste mi parecer, excepto cuando se trata de abscesos de determinadas regiones, en particular de la base del cuello por encima de la horquilla del esternón, en que puede temerse que el pus caiga en el mediastino. La experiencia me ha demostrado que en todo absceso recientemente supurado hay en el centro un foco de pus coleccionado, alrededor de este foco, una zona de pus en vías de formación ó sea en estado de infiltración, y por último, una zona circular de induración inflamatoria. Esta última vuelve á su estado normal desde el momento que el absceso está formado y ha sido evacuado el pus; pero la zona intermedia supura siempre tanto si el pus de la zona central ha sido ó no evacuado á tiempo. Esta supuración se produce fácilmente; pero si el absceso ha sido abierto prematuramente, como de ordinario sucede, se produce con mayor lentitud y la supuración se prolonga. Si, al contrario, se pone en práctica mi procedimiento, que consiste en aguardar que el absceso esté bien formado en toda su extensión, que esté maduro, usando una expresión vulgar, para abrirlo anchamente, evacuando completamente el pus, lavándolo con agua alcoholizada-alcanforada y ejerciendo por medio de la cura una compresión uniforme sobre toda la circunferencia del foco, se verá, como lo he observado yo frecuentemente, adherirse por primera intención la mayor parte del foco, obteniéndose así en dos ó tres días la curación completa de vastos abscesos.

Cáusticos.—Los antiguos empleaban el hierro candente, que algunos prácticos conservan aún para la punción; pero hoy día se prefiere la potasa ó la pasta de Viena. Hemos indicado ya más arriba el modo de servirse de ellas.

Punción.—1.º *Punción simple. Procedimiento ordinario.*—Cuando se trata de abscesos muy pequeños, que se curan con sólo abrirlos, bastará la punción con la lanceta ó el bisturí.

2.º *Punción é inyección.*—Se practica con el trócar, por cuya cánula se inyecta alguna sustancia irritante. Se ha aconsejado este proceder en el tratamiento de algunos abscesos fríos con objeto de provocar en sus paredes una inflamación adhesiva.

3.º *Punciones repetidas.*—Casi sólo se emplean para los grandes abscesos por congestión, en los cuales se hace temible la entrada del aire. Aún en este caso, el mejor medio es el trócar, y si se procura comprimir los tegumentos á medida que el absceso se va vaciando, apenas será posible la introducción del aire. No obstante, obraremos con mucha más seguridad valiéndonos de los aparatos aspiradores que hemos descrito en la pág. 82.

INCISIÓN.—Llevamos ya suficientemente descritas las diversas clases de incisiones: bastará, pues, que dejemos consignadas en este lugar algunas reglas generales:

1.º A fin de hacer sufrir menos al enfermo, siempre que sea posible incidiremos los abscesos en un solo tiempo.

2.º Siempre será útil que uno de los extremos de la incisión corresponda á la parte más declive del absceso.

3.º Por lo regular, una sola abertura basta; pero debe ser suficientemente prolongada para dar ancha salida al pus.

4.º Cuando esta incisión no corresponda á la parte más declive

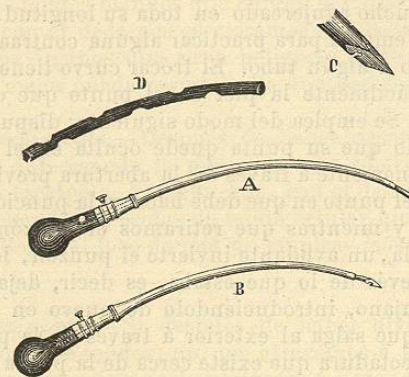


FIG. 81

A, trócar de drenaje con la punta oculta dentro del mango.—B, el mismo dispuesto para la punción.—C, punta con una escotadura para recibir el hilo.—D, tubo de desagüe.

y la compresión no sea suficiente para facilitar la adherencia de los senos, deberemos recurrir á una *contraabertura*, la cual puede hacerse de dos maneras: levantando la piel con una sonda acanalada introducida por la primera abertura é incendiando sobre ella; ó bien acumulando el pus en el punto que se trata de abrir, para incidir después como se haría en un absceso ordinario.

5.º Cuando el absceso es muy extenso, vale más empezar por hacer muchas incisiones pequeñas que no una muy considerable.

6.º Podremos reducir estas incisiones casi á punciones simples, si por otros medios facilitamos la salida del pus. El sedal pasado á través de estas aberturas tiene el inconveniente de cerrarlas; Chassaignac lo ha reemplazado ventajosamente por tubos de caucho vulcanizado con agujeros laterales por los cuales el

pus tiene constantemente asegurada la salida: esto constituye lo que su autor ha denominado *drenaje quirúrgico* (1).

7.º Cuando el absceso es prominente y superficial, se prefiere incindirle de dentro á fuera; pero si el espesor de las carnes no lo permite, se incinde de fuera á dentro con el bisturí recto.

8.º Hecha la incisión, se vacía el absceso comprimiéndolo suavemente, pero sin llevar los dedos á su interior, á no ser que se temiera la existencia de senos, en cuyo caso sería necesario abrirlos. Por lo regular, se deja después un tubo entre los labios de la herida, que se quita tan luego es posible.

El drenaje consiste en hacer que atraviese la cavidad del absceso un tubo de caucho agujereado en toda su longitud. El trócar de drenaje sólo se emplea para practicar alguna contraabertura destinada á dar paso á algún tubo. El trócar curvo tiene la ventaja de levantar más fácilmente la piel en el punto que debe sufrir la contrapunción. Se emplea del modo siguiente: dispuesto el instrumento de modo que su punta quede oculta en el mango, se le dirige así impunemente á través de la abertura previa que tiene el absceso, hasta el punto en que debe hacerse la punción (A fig. 81). Llegados á él, y mientras que retiramos el punzón, procurando sujetar la cánula, un ayudante invierte el punzón, lo atornilla en el mango al revés de lo que estaba, es decir, dejando la punta libre, y el cirujano, introduciéndolo de nuevo en la cánula, lo empuja hasta que salga al exterior á través de la pared del absceso. En la escotadura que existe cerca de la punta (C, fig. 81) se coloca entonces el asa de hilo que debe servir de guía al tubo; se retira el punzón hasta que el hilo y el tubo hayan entrado en la cánula, y luego retirando ésta, queda colocado el drenaje. Como que el trócar hace una abertura que por lo estrecha casi siempre comprime y obstruye el tubo, será útil, antes de retirar la cánula, que podrá servir de guía, dilatar un poco dicha abertura.

(1) Cuando la colección morbosa es antigua y muy denso su contenido, para el drenaje, los tubos de caucho no tienen sustitución, y son sin duda un excelente recurso; pero en condiciones opuestas y en circunstancias determinadas, pueden ser más ventajosas las erines de caballo.—Lister fué el primero que las usó con este objeto, y el doctor Mollière las ha empleado en grande escala y con satisfactorio resultado en su clínica del Hôtel-Dieu (de Lión).—Antes de usarlas han sufrido un baño de aceite fenicado. Son especialmente aplicables al drenaje de colecciones serosas y de heridas recientes, y en todos los casos en que deba ó pueda sufrir presión el instrumento de desagüe.

II.—Abertura de los abscesos muy profundos

Siempre que sea muy oscura la fluctuación ó pueda temerse la herida de algún órgano importante, recurriremos á los procedimientos siguientes.

Primer procedimiento.—Con un bisturí convexo dividimos por capas todos los tejidos blandos que cubren la colección purulenta, mientras que con el dedo nos cercioramos á cada incisión del sitio que ocupan los órganos que sería peligroso herir, y tanteamos el punto en que mejor pueda percibirse la fluctuación.

Segundo procedimiento.—Después de haber practicado una primera incisión interesando la piel, con una sonda acanalada, el mango de un escalpelo, ó, mejor aún, con el dedo, se separan los tejidos, desgarrando las bridas de tejido celular que oponen resistencia, hasta llegar al foco de pus sin emplear más el instrumento cortante.

Tercer procedimiento.—Si después de haber dividido capa por capa cierto grosor de tejidos, no nos atrevemos á profundizar por temor de herir algún órgano importante, ó porque determinemos aguardar á que el absceso esté mejor formado y se abra espontáneamente, deberemos detenernos antes de penetrar en el foco dejando la herida llena de hilas. Pasados algunos días, el absceso se abre por la herida aunque ésta no corresponda directamente al centro de la colección, fenómeno que tiene su razón de ser en la menor resistencia de las paredes del absceso en tal punto, y en el hecho de propagarse al foco purulento la inflamación que necesariamente ha de provocar la herida.

III.—De algunos abscesos en particular

1.º *Abscesos de la cara.*—Podemos aguardar que se abran espontáneamente para evitar cicatrices, pero si se hacen esperar mucho, los abriremos con una lanceta. Los situados en el espesor de la mejilla deben abrirse por el interior de la boca.

2.º *Abscesos de la región parotídea.*—Siempre aguardo, para abrir-