

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-

los, que la mayor parte del tumor se haya fundido en el absceso, y entonces dilato muy ampliamente.

3.º *Abscesos de la axila.*—Tratándose de esta región, debemos recordar ante todo que la arteria corresponde poco más ó menos al punto de unión del tercio anterior con el medio de la axila. Para evitar todo peligro, Velpeau aconseja levantar el brazo del enfermo todo lo posible, y con el bisturí cogido como una pluma de escribir, abrirlo de arriba á abajo, de modo que la incisión se acabe de dentro á fuera.

4.º *Abscesos de la ingle, bubones.*—En éstos he propuesto dar á la incisión una dirección perpendicular al pliegue de la ingle, porque cuando se hace paralela á este pliegue, sus bordes quedan demasiado aproximados, cabalgan el uno sobre el otro ó se enrollan hacia adentro, por lo cual resultan cicatrices más deformes y cicatrizaciones más tardías.

ARTÍCULO II

DE LAS FÍSTULAS

Por lo general, designamos con la palabra *fistulas* ciertos estados morbosos que no dejan de ser entre sí muy diferentes. Así llamamos *úlceras fistulosas* ó *fistulas ciegas externas* á trayectos estrechos

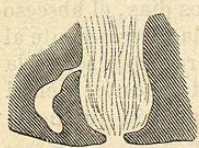


FIG. 82

Fistula ciega interna



FIG. 83

Fistula ciega externa



FIG. 84

Fistula completa

que, abriéndose en la piel, penetran á mayor ó menor profundidad en los tejidos. Siguen á éstas las *fistulas propiamente dichas*, que ponen en comunicación la piel, con una cavidad mucosa ó dos cavidades mucosas entre sí, y ofrecen dos formas bastante distintas, según que recorran un trayecto más ó menos largo ó constituyan una perforación directa. Por último, se encuentran aber-

turas de comunicación tan anchas, con una pérdida de sustancia evidente y tan considerable á veces, que, por ejemplo, entre la vagina y la vejiga, se halla destruido casi todo el tabique. Pues bien, hasta estas lesiones el cirujano las estudia con el nombre de *fistulas*, á pesar de que merecerían muy justamente otra denominación, por mi parte al menos, las llamaría *fistulas con pérdida de sustancia*.

Al exponer en este lugar los procedimientos generales aplicables á la oclusión de las *fistulas*, no me ocuparé del tratamiento preliminar indispensable en gran número de casos; tratamiento que debe dirigirse contra ciertos estados patológicos que las sostienen, y que á menudo son los mismos que las produjeron. Si una úlcera fistulosa es sostenida por alguna necrosis, se comprende bien que no se cierre mientras esta lesión del hueso no se cure; como cuando una *fistula* que desemboque en un conducto mucoso está complicada con una estrechez que sirve de obstáculo al curso natural de las materias que por él circulan, se comprende también que lo primero que proceda sea dilatar la estrechez. Tanto es así, que no son infrecuentes los casos en los cuales este tratamiento preliminar, volviendo la *fistula* al estado simple, ha sido suficiente para determinar la cicatrización espontánea. Si á pesar de todo se muestra rebelde, entonces el cirujano debe intervenir con otros medios.

I.—Úlceras fistulosas

Quando la abertura de salida de la *fistula* es demasiado estrecha, de tal modo que el pus se detiene en el interior del trayecto, es necesario dilatarla, y esto podemos hacerlo directamente con el bisturí ó con un cuerpo dilatante como la esponja preparada, la genciana, la laminaria, etc.

Si esto no bastara, procuraríamos mantener en contacto las paredes del trayecto por la compresión, ó bien producir en toda su longitud una excitación favorable por medio de inyecciones yodadas, astringentes ó cáusticas, ó bien con una candelilla emplástica simple ó embadurnada con alguna pomada irritante; ó por último, ensayaríamos la cauterización de toda la longitud del trayecto con un estilete candente ó con un hilo de platino enrojecido por la electricidad, ó bien con la electrolisis, que me ha dado excelentes resultados.

En último recurso, se hiende todo el trayecto fistuloso, y la herida resultante se cura cuidadosamente con hilas al objeto de obtener una cicatriz uniforme.