

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

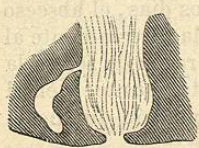


FIG. 82

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 enrojado 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.

II.—Fistulas de largo trayecto

Aunque en este caso el trayecto desagua en una mucosa, los procedimientos se diferencian muy poco de los que llevamos descritos para las úlceras fistulosas. Son los siguientes:

- 1.º El desbridamiento del orificio exterior cuando sea demasiado estrecho;
- 2.º La compresión;
- 3.º Las inyecciones;
- 4.º La cauterización;
- 5.º La transformación del trayecto fistuloso en una herida abierta y supurante que se reunirá á los bordes de la incisión por una cicatriz uniforme. Este último es el proceder que más se usa en las fistulas del ano, con la circunstancia de que, para dividir la pared mucosa de la fistula, podemos emplear, en lugar del bisturí, la ligadura, las pinzas de presión el constrictor lineal, etc.

III.—Fistulas directas

De todos los medios indicados hasta ahora, sólo dos pueden tener alguna aplicación al caso presente: la compresión, que casi nunca da resultado, y la cauterización practicada con objeto de provocar la formación de tejido inodular que, al retraerse, cierre el orificio, medio que sólo puede inspirar alguna confianza cuando la fistula sea muy estrecha. Quédanos en este caso el gran recurso de la reunión por primera intención, que supone el previo refrescamiento de los bordes de la fistula.

Lo mismo para el refrescamiento que para la reunión, los procedimientos son varios.

1.º *Refrescamiento*.—Algunos cirujanos han propuesto los cáusticos: Lallemand no usaba otro medio que el nitrato de plata en las fistulas véscicovaginales. Este medio está justamente abandonado. Jamás podremos obtener con él una reunión inmediata tan perfecta como de superficies de sección reciente.

Para fistulas muy pequeñas, se ha propuesto usar una lima redonda que, raspando la epidermis ó el epitelio, refrescaría sin pérdida de sustancia. Los hechos no han demostrado aún la bondad de este medio.

Por esto, pues, recurrimos por lo general al bisturí ó á las tijeras. Hay tres procedimientos principales.

Procedimiento ordinario.—Se cogen los bordes de la fistula con pinzas ó pequeñas erinas y se escinde todo alrededor, cuidando de quitar la menor cantidad posible de tejidos sin que quede punto alguno sin refrescar.

Procedimiento de Velpeau.—En un caso de ano contranatural, Velpeau coronó el orificio cutáneo con una doble incisión semilunar, á regular distancia para que la escisión pudiera hacerse oblicuamente desde los lados al centro, cortando los bordes de la herida á bisel á expensas de su cara externa y sin interesar la mucosa del intestino. De este modo obtuvo la ventaja de poder coaptar anchas superficies y que hasta en el fondo de la herida estuvieran éstas en perfecto contacto mutuo.

Procedimiento de Dieffenbach.—Para operar una fistula véscicovaginal, disecó las dos mucosas en una extensión de 4 milímetros. Más tarde, Hayward ha extendido esta disección hasta 6 milímetros. Lo que de este modo se propone es aumentar la extensión de las superficies que han de ponerse en contacto; pero como esto se alcanza en detrimento de su grosor y resistencia, este procedimiento está hoy día abandonado.

2.º *Reunión*.—Desde luego tenemos que las tenacitas pudieran servirnos para las fistulas que se abren en la piel; pero si se trata de otras más profundas, como las véscicovaginales, encontramos que se han ideado una infinidad de aparatos unitivos más ó menos complicados, y que, sin embargo, todos han cedido el paso á la sutura.

Con este objeto se han empleado toda clase de suturas: entrecortada, ensortijada y enclavijada, hechas con hilos de seda, cáñamo ó metálicos. Malgaigne, obligado por una indicación especial, ha aplicado á la vez en una operación de ano contranatural, suturas ordinarias en las paredes abdominales y la sutura picada en las del intestino.

Por lo general, la sutura comprende todo el espesor de la fistula, inclusa la piel y la mucosa. Pero en estos últimos tiempos, Hayward ha erigido en precepto absoluto, para las fistulas véscicovaginales, no hacer penetrar las agujas hasta la vejiga, sino que se detengan antes de atravesar la mucosa para que la orina no pueda bañar los hilos. Sin embargo de que en este caso se trata de una indicación especial, este precepto podría extenderse á muchos casos análogos.

Por último, Dieffenbach ha ideado para las fistulas redondas la sutura en bolsa.

Sutura en bolsa.—Por medio de una aguja fina se coloca el hilo debajo de la piel paralelamente al borde de la fistula, refrescada previamente, haciéndola salir á regular distancia de la entrada. Se la introduce de nuevo por el agujero de salida para hacerla salir un poco más lejos, y así sucesivamente, hasta que toda la fistula quede rodeada de un hilo continuo, el cual queda completamente oculto debajo de los tegumentos. Colocado así el hilo, si tiramos de sus extremos, frunciéndose los bordes de la herida convergerán hacia el centro, como lo hacen los de cierta clase de bolsas de las cuales ha tomado esta sutura el nombre.

IV.—Fistulas con pérdida de sustancia

Siempre que la pérdida de sustancia no impida poner fácilmente en contacto los bordes de una fistula en estas condiciones, la sutura podrá ser un recurso suficiente; de lo contrario, deberemos apelar á la autoplastia. Vamos á describir en este lugar los procedimientos generales; pero dejaremos también consignado uno que está especialmente destinado á cubrir pérdidas de sustancias profundas.

Procedimiento de Jameson.—El autor ideó este procedimiento para cerrar el anillo crural, con objeto de curar radicalmente una hernia; Velpeau lo ha aplicado con muy buen éxito al tratamiento de una ancha fistula infraoidea, que comunicaba con la cámara posterior de la boca. Consiste en cortar de los tegumentos inmediatos un colgajo mucho más largo que ancho, cuyo pedículo queda adherido cerca de la abertura que se trata de cerrar. Vuelto el colgajo de modo que su superficie cruenta mire á la abertura, se dobla sobre su cara cutánea, de modo que forme un tapón destinado á penetrar hasta el fondo de la fistula previamente refrescada, hecho lo cual se sujeta por puntos de sutura que deben atravesarlo en todo su grosor. Una vez obtenida la reunión, se corta el pedículo. La cara cutánea del colgajo plegado de este modo forma al principio un fondo de saco bastante profundo; pero creo con Velpeau que con el tiempo este fondo de saco disminuye, sin que por esto desaparezca completamente.

ARTICULO III

DE LOS QUISTES

Con esta denominación comprendo los tumores formados por productos líquidos ó semilíquidos á excepción del pus. Los dividiré en tres especies: *sebáceos*, *serosos* y *sinoviales*.

I.—Quistes sebáceos

Anatomía.—Formados por el desarrollo de los utrículos sebáceos de la piel, cuando son muy pequeños se les llama *empeines* ó *paños*, y su orificio se manifiesta al exterior por un punto negro. Pero muchas veces no hay tal orificio, el tumor se hace mucho más voluminoso y contiene unas veces un líquido viscoso, transparente ó blanquizco, ó una sustancia pulposa parecida á la miel, papilla, sebo espeso, salvado mojado, etc. Sus paredes parecen formadas por hojas cartilagosas poco adheridas al tejido celular subyacente.

Contra estos quistes se han aconsejado las *inyecciones*, el *sedal* y la *cauterización* con la potasa cuando son muy voluminosos, ó con el ácido nítrico colocado en el extremo de una pajuela ó pluma cuando son pequeños (Tenon), la *incisión*, la *escisión* y la *extirpación*. Esta última es la que merece conservarse.

EXTIRPACIÓN. Procedimiento ordinario.—Con un bisturí convexo, incidimos longitudinalmente la piel que cubre el tumor, haciendo lo posible para no interesar el quiste. Con el mismo bisturí ó con una espátula, se le desprende del tejido celular que lo rodea y luego cogiéndolo con los dedos, una erina ó por medio de un hilo que lo atraviese, se le extrae.

Procedimiento de A. Cooper.—Cuando el quiste es antiguo y de paredes muy resistentes, el cirujano de un solo golpe divide la piel y abre el quiste; en seguida lo vacía en su totalidad ó en parte, y luego, disecando una pequeña porción de sus paredes, lo coge fuertemente con el pulgar y el índice cubiertos con una compresa para que no se deslice y tira de él con la fuerza suficiente para arrancarlo, mientras que el pulgar de la mano izquierda favorece esta tracción desgarrando el tejido celular que lo rodea.