

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 blanquizo, 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.

Este es el procedimiento que adoptó Dupuytren: la operación es poco dolorosa y está hecha en un minuto.

Cuando el quiste es pequeño, se divide junto con los tegumentos de un solo golpe, y luego se enuclea con la espátula.

*Procedimiento de L. Le Fort.*—Todas las operaciones cruentas destinadas á la extirpación ó destrucción de los tumores sebáceos exponen á la erisipela; deberemos, por consiguiente, preferir otro medio que, siendo aun más simple, sea menos peligroso. Consiste

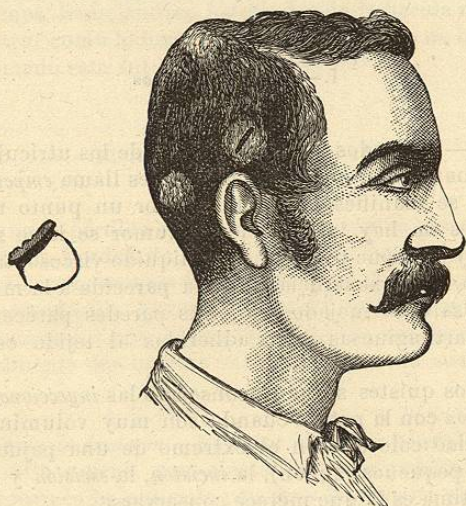


FIG. 85

Cauterización de los quistes sebáceos. El que está por encima de la oreja ha sido cauterizado y deja ver su escara lineal. El que está separado representa un quiste después de su extirpación, con la escara adherida á su pared

en cauterizar linealmente el vértice del tumor con un poco de ácido nítrico *monohidratado*; un pedazo de madera ó una pajuela sirven con este fin. De este modo obtenemos una escara amarilla y blanda que debe ser proporcionada al volumen del quiste. Después de haber trazado la escara lineal, hundiremos en su centro la extremidad afilada de un palillo mojado en el mismo ácido, haciéndolo penetrar hasta la cavidad del quiste. El trabajo inflamatorio que se desarrollará alrededor de la escara será suficiente para desprender el quiste de la piel que lo cubre, y cuando esta escara, gracias á ese trabajo de eliminación, quede libre en sus

bordes, es decir, aislada de los tejidos que la circundan, cogiéndola con unas pinzas, arrastraremos con ella el quiste en forma de una bolita blanquizca (fig. 85). Lo que más interesa para evitar la erisipela es que no salga una sola gota de sangre, á cuyo fin procuraremos no sólo obrar con suavidad, sino que aguardaremos, para quitar la escara, que su separación sea completa.

## II.—Quistes serosos

*Anatomía.*—Son colecciones de serosidad desarrolladas en el tejido celular ó en capas profundas. Algunas veces el tejido celular condensado presta al líquido una envoltura independiente; otras, por el contrario, el líquido está en contacto con una superficie serosa sin paredes propias que le envuelvan. Es imposible apreciar de antemano esta diferencia; pero al tratar de extirparlos se nota bien pronto la falta de paredes aislantes, porque la disección se hace no sólo difícil sino hasta imposible.

*Procedimientos operatorios.*—Podemos operarlos por incisión simple, después de la cual se procura la supuración de las paredes de la cavidad llenándola de hilas ó por medio de inyecciones irritantes.

Si el quiste tiene paredes propias, procuraremos desprenderlo de los tejidos circundantes con los dedos, las tijeras ó el bisturí, haciendo lo posible para no abrirlo, á no ser que sus paredes fuesen en tal grado débiles, que no pudiesen resistir la menor tracción.

Si el tumor es muy voluminoso y lo operamos por incisión, es de temer que, al inflamarse una superficie tan extensa, se desarrollen síntomas graves, que el aire descomponga el pus y que éste sea reabsorbido. En este caso, obraremos muy prudentemente vaciando sólo una parte del contenido y sustituyéndolo luego por igual cantidad de agua tibia, á fin de que las paredes vayan retrayéndose paulatinamente sobre sí mismas. De este modo procedía Récamier en los grandes quistes hidatídicos.

Por lo demás, todos estos procedimientos hoy día se usan muy rara vez, y excepción hecha de los casos en los cuales las paredes del quiste son tan gruesas que se hace preciso disecarlas, generalmente se prefiere vaciar el quiste por medio del trócar, haciendo luego una inyección de tintura de yodo. Malgaigne ha practicado, tratándose de quistes pequeños, y más especialmente en los de la órbita, secciones subcutáneas, del modo que en el artículo siguiente describiré.

## III.—Quistes sinoviales

Los hay de tres clases: 1.º *higromas*, especie de hidropesía de las bolsas mucosas subcutáneas, como son, las que se desarrollan en el olécranon, la rótula, entre el hioides y el cartilago tiroides, etc.; 2.º *gangliones*, que se desarrollan cerca de las vainas tendinosas y de las sinoviales articulares, con las cuales casi siempre se comunican; 3.º *quistes con granos cartilagosos*.

1.º *De los higromas*.—Cuando son recientes, su contenido es un líquido seroso y sus paredes no se han engruesado, lo más sencillo es vaciarlos con el trócar y aplicarles una inyección yodada.

También he intentado resolverlos por medio de las secciones subcutáneas que describiré para los gangliones.

Pero si las paredes se han engruesado, estos primeros procedimientos no son ya suficientes, sino que se hace necesario incindir ampliamente el quiste y provocar la supuración. Por último, si el tumor es muy voluminoso y las paredes muy gruesas, convendrá quitar un colgajo elíptico de los tegumentos y toda la porción hipertrofiada de la serosa.

2.º *De los gangliones*.—Se ha aconsejado la *compresión prolongada* hecha por medio de vendajes, recurso de éxito muy dudoso; y las *presiones bruscas* llevadas hasta el extremo de romper el tumor.

Sabatier operaba del siguiente modo: aplicaba el pulgar izquierdo sobre el ganglión, y luego con el otro pulgar apoyado sobre el primero, apretaba fuertemente, hasta que, roto el quiste, el humor contenido se difundía por el tejido celular. Por medio de ligeras presiones y de fricciones repetidas durante dos ó tres días, procuraba favorecer la reabsorción del líquido. Cuando la presión del pulgar no sea suficiente, se ha aconsejado valerse de un sello y hasta de la percusión con un martillo que dé contra un cuerpo que proteja la piel, por ejemplo, un libro, colocado sobre el tumor. Me consta que este medio ha dado resultado satisfactorio algunas veces, pero confieso que en mis manos ha fracasado constantemente.

A. Key los puncionaba con una lanceta ó una aguja de catarata, y, después de vaciarlos, se limitaba á aplicar un emplastro de diaquilón y una venda. Según decía, el resultado fué constantemente la curación radical, lo que de seguro no creará hoy día ningún cirujano.

Siempre que el tumor sea regularmente voluminoso, podremos,

después de haberlo evacuado con el trócar, practicar una inyección yodada. Pero comunmente se trata de quistes demasiado pequeños, y además de ser muy á menudo multiloculares, contienen algunas veces pequeños granos cartilagosos.

La *incisión* debemos reservarla para los casos, por otra parte muy raros, en los cuales las paredes del quiste se han engruesado y degenerado, y cuando así no sea, la incisión será peligrosa á causa de la proximidad de las sinoviales tendinosas y articulares.

Por último, buscando nuevos recursos, Malgaigne ha pensado en dividir las paredes del quiste por secciones múltiples y subcutáneas.

*Procedimiento de Malgaigne*.—Comprimiendo el tumor lateralmente con el pulgar é índice izquierdos en grado suficiente para darle una considerable tensión, se toma un bisturí recto, de hoja estrecha, el cual, cogido de plano y paralelamente á la piel, se introduce por uno de los extremos del diámetro mayor del quiste, hundiéndolo lo necesario para que traspase el otro extremo, pero sin que atravesase los tegumentos; entonces, volviendo la hoja de canto, se mantienen separados los labios de esta pequeña abertura para facilitar la salida de la sinovia y de los granos cartilagosos si los hay, lo que se favorece por medio de una regular presión. Hecho esto y colocando de nuevo la hoja de plano, se hace describir á la punta por el lado izquierdo un semicírculo completo, de modo que corte por debajo de la piel cuanto encuentre á su paso hasta algunos milímetros más allá de los límites del tumor; se vuelve luego el filo á la derecha y se practica una sección análoga, después hacia arriba mirando á la piel, dividiendo del mismo modo todas las cubiertas del tumor, y por último, dirigiendo la punta hacia abajo, se rasga la pared más profunda del quiste, retirando ya el bisturí, pero cuidando mucho de hacerlo con suavidad para no herir las partes subyacentes.

Por lo que se ve, en las tres primeras secciones el bisturí queda siempre debajo de la piel; los movimientos en arco de círculo se hacen con la punta y la hoja; el talón queda fijo en la pequeña herida cutánea que sirve de centro de todos ellos, y el resultado es que el quiste queda dividido en cuatro partes, lo mismo que, para servirme de una comparación vulgar, una manzana en cuatro cachos, sin que por esto la incisión exterior tenga más de cuatro á cinco milímetros. Comprimido luego suavemente el tumor para que no quede nada de sinovia, se aplican por todo apósito algunas rodajas de agárico cubiertas con algunas compresas graduadas, á fin de que ejerzan una compresión que, sin ser fuerte, alcance el

grado suficiente para ser eficaz; esta compresión, para evitar las recidivas, debe durar diez ó doce días. De este modo se evita la supuración, y las paredes del quiste, adhiriéndose entre sí, ocluyen la cavidad. Cuando el ganglión sea multilocular, será necesario incidir absolutamente todos los pequeños quistes que lo componen, porque de otro modo los que quedarían ilesos persistirían indefinidamente.

3.º *Quistes con granos cartilagosos.*—Como acabamos de ver, se encuentran á veces en los gangliones y también en los higromas granos cartilagosos; pero es una complicación de poca trascendencia, no sólo por el poco volumen que por lo regular alcanzan estos tumores, sino, y sobre todo, porque muchas veces son enteramente independientes de las sinoviales tendinosas ó musculares. No podemos decir lo mismo de los quistes en alforja de la muñeca que pasan por debajo del ligamento anterior del carpo, porque es ésta una afección eminentemente rebelde á la medicina operatoria.

En este último caso, se han aconsejado las *inyecciones yodadas*, la *punción con el bisturí*, el *sedal*, la *incisión* y la *escisión*.

La *acupuntura* y las *punciones subcutáneas*, no permitiendo la salida de los cuerpos hordeiformes, proporcionan solamente una curación temporal, puesto que la recidiva no se hace esperar.

La *punción con el bisturí* tiene por objeto facilitar la salida de estos cuerpos extraños para reducir el tumor á una hidropesía simple; pero tiene el inconveniente de que muy á menudo provoca la supuración del quiste, por cuya causa Malgaigne perdió uno de sus operados.

Las *inyecciones yodadas* han proporcionado algunas curaciones á Velpeau, quien asegura que, después de la operación, no sólo los granos cartilagosos disminuyen, sino que á la larga desaparecen; si esto resultara cierto, jamás deberíamos pensar en otros procedimientos; pero lo más frecuente es que la inyección limite sus efectos á una cura paliativa, sin embargo de que Velpeau, Jovert, Chassaignac, etc., creen haber obtenido curaciones radicales.

Por lo demás, la inyección yodada es uno de los medios terapéuticos que ofrecen relativamente menos peligros, y en caso de recidiva, podemos repetir muchas veces esta operación.

Dupuytren ha alcanzado curaciones atravesando de arriba á bajo el tumor con un *sedal*, pero acabó por abandonar este medio por peligroso. Podríamos decir que el sedal es ó inútil ó peligroso. Será inútil, siempre que no provoque inflamación, y cuando lo

haga, será muy á menudo violenta y capaz de determinar los más graves accidentes (1).

La *incisión*, favoreciendo la salida de los granos riciformes, parece tener las mayores probabilidades de buen éxito; pero puede ir y muy á menudo va seguida de inflamación y supuración consecutiva. Dupuytren, á pesar de que conocía toda su gravedad, á falta de otro medio más eficaz, practicaba la *incisión* de la manera siguiente:

Puesto prominente uno de los tumores comprimiendo el otro, lo incidía, y al penetrar en la cavidad, introducía una sonda acanalada que, haciéndola pasar por debajo del ligamento anular hasta el interior de la segunda bolsa, levantaba con la punta los tegumentos con objeto de que le sirviera de guía para practicar una contraabertura.

Después de la incisión, es de temer que venga la supuración, que en una cavidad como ésta puede ocasionar la muerte, y en los casos más satisfactorios dejará á los operados una grave y casi irremediable dificultad en los movimientos. Conviene, pues, esforzarse en prevenirla, vaciando bien la cavidad y lavándola con una solución astringente, colocando en la abertura un tubo pequeño y corto y comprimiendo suavemente con un vendaje algodonado el resto de la cavidad.

La *escisión* no debe añadirse á la *incisión* sino cuando el tumor tenga sus paredes muy hipertrofiadas. Fácilmente se comprenderá que la escisión en ningún caso sería sino parcial. La *punción* y la *inyección yodada* repetidas en caso de recidiva, y la *incisión* si sobreviniera la flogosis, ó también si la *inyección yodada* no diera resultado, son los medios que preferentemente debemos emplear.

#### IV.—Quistes hidatídicos

Los quistes que contienen hidátides debemos abrirlos, vaciarlos con cuidado, y luego provocar en ellos la supuración. Entiéndase bien que aquí sólo me refiero á los quistes subcutáneos ó musculares; los del abdomen serán objeto de un artículo especial.

(1) La segunda vez que el doctor Lister aplicó la crin de caballo para el desagüe, se trataba de un caso de esta naturaleza. Si para dar salida á las concreciones fibrinosas era necesario abrir las dos abolladuras del tumor, para asegurar la inmediata salida de la serosidad que nuevamente se segregara, era preciso apelar á un medio de desagüe; pero, comprendiendo el doctor Lister que, no sólo sería difícil pasar un tubo de caucho por debajo del ligamento anular anterior del carpo, sino que después de colocado éste, lo aplastaría, pasó de una abertura á la otra y por debajo de dicho ligamento, un manojo de crines. Todos los días quitaba una ó dos y á las tres semanas y sin supuración estaba cicatrizada toda la cavidad.