

ta prescripcion no dió resultado favorable ninguno. En seguida lo sometí á este régimen. Quietud, pediluvios calientes, medio grano de calomel diario é insistí en las aplicaciones astringentes sobre los polipos.

Con este tratamiento desaparecieron en ocho dias las obstrucciones de las fosas nasales quedando éstas ampliamente abiertas, la circulacion del aire se hizo fácil, la voz tomó su timbre normal, la rubicundés de la faringe y el volumen de las amígdalas disminuyó notablemente.

Quedó sin embargo la mucosa un poco roja y dolorosa, la secrecion mucosa espesa, lo cual desapareció con tópicos astringentes, cerato con calomel despues y por último con aplicaciones de cerato simple sobre la mucosa.

La administracion del calomel al interior se continuó por algun tiempo aunque con interrupciones por exigirlo así el estado del estómago.

Se ve, por lo dicho, cómo el tratamiento ha venido á probar que la existencia de estos polipos pequeños, y sobre todo su reproduccion tenás, tenían su origen en la infeccion sifilítica, pues he dicho ya que varias veces fueron estirpados, hasta dejar las fosas nasales muy amplias, fueron tambien cauterizados profundamente, y siempre se reprodujeron, y en esta vez con un tratamiento mas general que local desaparecieron, sin que se hayan vuelto á presentar en cinco meses que lleva de curado el enfermo.

Dire, sin embargo, que las aplicaciones astringentes (glicerina con sulfato de cobre) han sido en esta ocasion poderosos auxiliares del tratamiento.

ILDEFONSO VELAZCO.

---

### **Das palabras acerca del modo de abrir los absesos de la fosa iliaca.**

Señores:

Solo el cumplimiento de un deber, impuesto por nuestro reglamento, hace que por la vez primera tome la palabra delante de vosotros. Os suplico que juzguéis con la indulgencia del maestro, este imperfecto trabajo, en el que encontrareis muy pocas ideas nuevas, que no me pertenecen. Haré simplemente el papel de un mal cronista.

No todos los autores están acordes sobre lo que debe entenderse por absesos de la fosa iliaca: unos comprenden bajo esta denominacion cualquiera coleccion purulenta que exista en esta region, tanto los absesos de las paredes abdo-

minales, como los de la fosa propiamente dicha, así como los abscesos por congestión. Otros entienden por este nombre, solamente las comprendidas entre el peritoneo por su cara interna y la cara anterior del músculo iliaco. Subdividen estos abscesos en dos clases; los unos *sub-peritoneales*, que están comprendidos entre el peritoneo y el *fascia iliaca*, y los otros *sub-aponeuróticos* comprendidos entre el *fascia iliaca* y la cara anterior del músculo iliaco; reservan el nombre de *psoitis* á las colecciones que resultan de la inflamación del músculo *psaos* en su tejido celular. Otros, en fin, califican de tales á los que se desarrollan entre el peritoneo y la cara anterior del hueso iliaco. Nosotros adoptaremos esta última clasificación, por ser muy pocas las diferencias que se observan entre los abscesos de la fosa iliaca, de los autores y la *psoitis*; admitiendo sin embargo la división anatómica de abscesos sub-peritoneales, sub-aponeuróticos, inter-musculares y sub-musculares, porque esta división nos será muy útil al establecer su tratamiento quirúrgico.

Como nuestro objeto no es el hacer la historia completa de los abscesos de la fosa iliaca, sino simplemente decir algo sobre la manera de abrirlos, no nos ocuparemos sino de lo muy necesario, de sus caracteres anatómo-patológicas y de los síntomas que nos puedan servir para apropiarse el tratamiento quirúrgico adecuado al diagnóstico.

Una vez formado el pus, rara vez se acumula en un punto circunscrito, casi siempre el foco es grande y el pus huye mas ó menos lejos, con frecuencia se desliza hasta la parte superior, y se citan casos en los que ha llegado á la región renal. Otras veces, sobre todo en el lado izquierdo el pus sigue la membrana serosa que cubre la S iliaca y la parte superior del recto, y aun llega hasta la pelvis, adonde perfora el recto, la vagina, la vagina, &c.; formando orificios de forma variable, cuya disposición conocen perfectamente bien los señores que me escuchan y de los que no quiero ocuparme.

Se observan también aberturas en la pared abdominal, principalmente en la parte inferior, un poco arriba del arco crural. Puede también el pus pasar abajo de dicho arco y colocarse adentro y adelante de la vaina de los vasos femorales.

Esto, por lo que toca á la marcha del pus en los abscesos *sub-peritoneales*, respecto á los *sub-aponeuróticos*, el pus no se extiende tanto como en los anteriores, y esto se explica perfectamente puesto que están limitados por un lado por el *fascia iliaca* y por el otro por la cara anterior del músculo iliaco. El pus huye particularmente á la parte inferior del muslo, pasando entre la bandeleta fibrosa que se encuentra afuera de los vasos femorales y la espina iliaca anterior y superior; algunas veces, siguiendo la vaina del *psaos* llega cerca del pequeño

trocanter, otras pasa arriba de la cresta iliaca, atraviesa la vaina del cuadrado de los lomos, pasa bajo la insercion inferior del gran dorsal, invade la region glutea y aparece cerca del gran trocanter.

El pus en los abscesos *inter* y *sub-musculares* en la *psaitis*, puede abrirse paso en el intestino, ó bien siguiendo la region inguinal llega al muslo hasta el pequeño trocanter, siguiendo la vaina del psoas iliaco, tambien puede penetrar en la articulacion coxo-femoral; sabido es que la cápsula articular comunica algunas veces en su parte interna con la bolsa serosa sobre la que desliza el músculo psoas iliaco.

Esta es la marcha que generalmente sigue el pus en todos los abscesos de la fosa iliaca, es menester tenerla presente porque nos ha de servir cuando establezcamos su tratamiento quirúrgico.

Como los síntomas propios á estos abscesos son perfectamente conocidos de todos, solamente me ocuparé de aquellos que con mas seguridad nos indiquen su diagnóstico diferencial.

Ya dijimos que admitiamos tres clases de abscesos: los sub-peritoneales, los sub-aponeuróticos y los *inter* y *sub-musculares*. Aunque es bastante difícil el establecer un perfecto diagnóstico, sin embargo, con algunos signos y un poco de cuidado, podremos llegar á uno probable.

En los abscesos sub-peritoneales, el tumor se percibe con bastante claridad y cuando haya fluctuacion ésta la sentiremos hasta cierto punto de una manera superficial. La pierna podrá estar en la flexion ó en la extension.

En los abscesos sub-aponeuróticos, el tumor es menos perceptible, lo mismo que la fluctuacion; en estos abscesos la diarrea es mas comun que en los anteriores adonde predomina la constipacion; esto se concibe fácilmente si pensamos que el *fascia iliaca* impide que el pus comprima el intestino á cuya compresion casi siempre es debida la constipacion.

En los abscesos *inter* y *sub-musculares*, el tumor fluctuante es menos aparente aún y el muslo está casi siempre doblado sobre la pelvis y en la rotacion hacia adentro.

Este caracter diagnóstico segun el Sr Carmona y Valle es constante á lo ménos en todas sus observaciones.

La diferencia en la posicion del muslo en los abscesos supra é infra musculares es muy racional, porque en el primer caso el tumor flegmonoso comprimiendo al psoas iliaco, impide la flexion y favorece la extension; en el segundo caso el tumor al levantar de atras adelante al músculo hace que el muslo se doble sobre la pelvis, ó ésta sobre el muslo si éste está fijo.

No debe perderse de vista el punto hacia adonde se dirige el pus, porque por

la marcha que sigue con muchas probabilidades se puede diagnosticar el lugar del absceso.

Puesto esto, ocupémonos del tratamiento. Dejaremos á un lado, el tratamiento general, no haremos caso de los medios propios para intentar la resolución del tumor y suponiendo que el pus se haya formado ya y se haya reconocido su sitio y origen, veamos como y en qué punto le damos salida.

Como regla general se ha establecido que los abscesos de cualquiera clase que sean deben abrirse adonde la fluctuacion es mas evidente y hacia donde se encuentra el punto mas declive, con el objeto de favorecer el escurrimiento del pus. Pues bien, partiendo de esta regla general, hagamos su aplicacion á los abscesos de la fosa iliaca.

En primer lugar, en los abscesos *sub-peritoneales*, ya dijimos que el pus tiende á deslizarse á la region lombar, á la parte antero-inferior del abdomen ó la parte superior é interna del muslo. Si sigue el primer camino y la fluctuacion es evidente, ó cuando menos es muy probable, se podrá abrirlo segun el procedimiento de Barthélemy, de Saumur, quien aconseja hacer una incision vertical de cuatro á cinco centímetros, á catorce ó quince centímetros afuera de los apofisis espinosos lombares. Corta los músculos hasta que solo está separado de la cavidad abdominal por el *fascia superficialis* despues introduce una sonda acanalada hasta el foco, dirijiéndola hácia la fosa iliaca. El enfermo se acostará sobre el dorso, y una mecha de hilas, ó mejor un tubo de canalizacion introducidos en la herida favorecen el escurrimiento del pus.

Cuando el pus se ha dirijido á la region abdominal anterior, se procurará abrir el absceso en el punto mas declive, casi siempre se practica la incision un poco arriba y paralelamente al arco crural. Esta incision se la practicará con algunas precauciones. En primer lugar se investigará si ya hay adherencias entre las hojas visceral y parietal del peritoneo, si no las hay, ó cuando menos no se las encuentra, se procurará establecerlas por medio de pastas cáusticas á fin de prevenir un derrame purulento; esta incision se hará poco á poco, capa por capa, é investigando si por casualidad se encuentra una asa intestinal en el camino.

Cuando se dirige el pus á la parte interna del muslo, se hará con todas las precauciones posibles la incision adentro de los vasos femorales; despues de hecha la incision se colocará un tubo de canalizacion para favorecer el escurrimiento del líquido purulento.

[Continuará.]