UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
CURA RADICAL
DEL
ANO CONTRA NATURA

TÉSIS INAUGURAL

DE

JUAN FÉLIX RECALDE
EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS
(1896—97—98)



BUENOS AIRES
Imprenta «San Jorge» Santa Fe 2292
1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
CURA RADICAL
DEL
ANO CONTRA NATURA

TÉSIS INAUGURAL

DE

JUAN FÉLIX RECALDE
EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS
(1896—97—98)



BUENOS AIRES
Imprenta «San Jorge» Santa Fe 2292
1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE NUEVOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

CURA RADICAL

DEL

ANO CONTRA NATURA

TÉSIS INAUGURAL

DE

FÉLIX RECALDE
CIRUJANO DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tésis.
(ART. 162 DEL REGLAMENTO DE LA FACULTAD.)

BUENOS AIRES
1890

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Dr. D. JOSÉ T. BACA

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON
» » G. N. CHAVES

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Materia médica y terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar
Patología externa	»	Obdulio Hernandez
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Cárlos Malbran
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clínica	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica	»	Manuel Blanças
Enfermedades de los ojos y su clínica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y su clínica	»	Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer
		Julian Aguilar
Clínica Quirúrgica	Dres.	Antonio C. Gandolfo
		Alejandro Castro
		Gregorio N. Chaves
		Abel Ayerza
Clínica médica	»	Luis Güemes
		Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinologia	»	Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva		Samuel Molina
Medicina legal		Francisco de Veyga
Toxicologia	»	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina	»	Pedro N. Arata
Física médica	»	Jaime R. Costa
Zoología Médica	»	Eliseo Canton
Botánica Médica	»	Martin Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica
Química Analítica	»	Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alummas parteras	»	Juan R. Fernández
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda
Dentistería operatoria	»	León Pereira

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Fisiologia general y humana	»	Horacio G. Piñero
Patologia general y ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	»	José Badia
Bateriología	»	Vacante
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto .....
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza Teófllo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Benjamin T. Solari
Enfermadades génito-urinarias		Vacante
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas Julio Méndez
Clínica médica	»	Ignacio Allende Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y clínica respectiva	»	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia .....
Toxicología	»	Juan Alba Carreras
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Física médica	»	Juan J. Galliano
Zoologia médica		Vacante
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica		Vacante
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica	Señor	Juan A. Domimguez
Farmacia práctica		Vacante
Obstetricia para alumnas parteras	Doctor	Enrique Pietranera
Odontología		Vacante
Dentisteria operatoria		Vacante

Padrino de Tésis

académico titular

Doctor ROBERTO WERNICKE

Á LA MEMORIA

De mi Padre

Y

De mi Hermano

Á mi querida Madre

Señores Academicos

Señores Profesores:

Este pequeño trabajo que presento á vuestra distinguida consideracion, como prueba final de mi vida de estudiante, comprendo muy bien que no tiene el valor científico de que vosotros sois merecedores; pero sin embargo quiero con él demostraros que he seguido de cerca dos casos de Ano Contra Natura que han sido operados por el profesor doctor Antonio Gandolfo, empleando un procedimiento muy sencillo y que ha dado un brillante resultado.

Declaro ante vosotros que los pocos conocimientos de cirugía que he adquirido, los debo especialmente á los sábias lecciones de mi querido maestro el doctor A. Gandolfo en la mesa de operaciones. Sírvale esto de entero reconocimiento.

Mi mas sincero agradecimento hácia el profesor doctor Daniel Cranwell, por los importantes datos que ha sabido prestarme para la preparacion de esta prueba.

A los señores profesores Dr. L. Güemes, Dr. M. Blancas, Dr. F. Larguía, Dr. A. Ayerza, Dr. F. Sicardi que han sabido ilustrarme con sus sábias lecciones á la cabecera del enfermo, mi mayor reconocimiento.

A mi siempre querido maestro el profesor doctor Roberto Wernicke que me dispensa el alto honor de acompañarme en este momento, hago presente mi entero agradecimiento.

I

Lijeras consideraciones sobre el Ano Contra Natura

El ano contra natura es una abertura del intestino en la pared abdominal generalmente, por donde salen al exterior las materias fecales y los gases intestinales, en totalidad ó en su mayor parte; esto último lo distingue de la fístula estercoral, en la cual la salida de las materias fecales es en pequeña cantidad.

Los autores hacen una distincion entre el ano contra natura accidental ó expontáneo, y el ano artificial ó quirúrgico.

El ano artificial ó quirúrgico, es siempre producido por el cirujano con un fin terapéutico para desviar el curso de las materias fecales.

En cuanto á los primeros, entre las causas mas comunes que dan orígen á su produccion tenemos la hernia estrangulada seguida de gangrena, aun cuando hoy esta causa va disminuyendo merced á los progresos de la cirugía, porque no se teme intervenir quirúrgicamente en cuanto aparecen los primeros síntomas de estrangulamiento herniario, y solamente cuando al intestino se le encuentre gangrenado ó perforado, el cirujano optará segun el caso, ó por la reseccion del ansa del intestino enfermo ó por lo produccion de un ano contra natura, como ha sucedido en una de las observaciones que describiré en este trabajo.

El doctor Cranwell habiendo intervenido en ese caso de hernia estrangulada, al abrir el saco herniario, dió salida á una buena cantidad de pus muy fétido y con olor fecaloide; el ansa estrangulada pertenecía al intestino delgado y se encontraba gangrenada y adherida al testículo; como fuera imposible separar el testículo de las adherencias que tenía con el intestino y como por otra parte se encontraban esos órganos infectados y supurados, y el estado general del enfermo era alarmante, el cirujano extirpó el testículo y parte del ansa de intestino enfermo, fijando los extremos intestinales á la piel, despues de haber debridado el cuello del saco y el anillo inguinal.

Para permitir la salida fácil de las materias fecales fué necesario colocar en el cabo superior del intestino un grueso tubo de drenaje.

El enfermo mejoró, pero conservando su ano contra natura por el cual fué operado 17 días mas tarde por el profesor doctor Antonio Gandolfo.

Las heridas penetrantes del abdómen se cuentan tambien entre las causas que suelen dar orígen al ano contra natura.

Las oclusiones intestinales de cualquier naturaleza que ellas sean pueden dar lugar á veces expontaneamente á la produccion del ano contra natura. Cuando un cirujano interviene en esos casos, se ve algunas veces en la necesidad de hacer un ano artificial por arriba de la lesion para conjurar el peligro inmediato de la oclusion intestinal dejando para hacer posteriormente y en mejores condiciones el tratamiento mas conveniente.

Las apendicitis pueden tambien ser causas productoras, aún cuando ellas dan orígen mas bien á fístulas estercorales ó pio-estercorales que á verdaderos anos contra natura.

Recordaré que los accidentes operatorios ó posoperatorios pueden desgraciadamente dar orígen al ano contra natura, pero por fortuna esos accidentes son felizmente raros.

El ano contra natura puede estar situado á una altura variable sobre el trayecto del intestino delgado ó grueso.

Creo que es natural pensar, que será tanto mas grave la lesion para el paciente, cuando esta se encuentra situada en el intestino delgado, que cuando lo está sobre el intestino grueso, por cuanto

las funciones del primero son de capital importancia para la conservacion de la existencia.

En el mismo intestino delgado, será mas grave, el ano contra natura que se halle situado en el yeyuno que él que se encuentre situado en el ileón, y especialmente en la última parte de esta porcion del intestino, por muchas razones fáciles de comprender.

Se sabe perfectamente bien que las sustancias alimenticias ingeridas sufren sus primeras modificaciones digestivas en la cavidad bucal bajo la influencia de la saliva y de la masticacion, y pasan al estómago en donde son en parte digeridas bajo la accion del jugo gástrico y transformadas al estado de quimo pasan al intestino delgado para ser en esta parte del aparato gastro intestinal completamente digeridas bajo la influencia del jugo enterico, pancreatico y la bilis. Es tambien el intestino delgado la parte del tubo digestivo en donde se efectuan los principales fenómenos de la absorcion.

Los enfermos que llevan un ano contra natura del intestino delgado enfiaquecen, pierden sus fuerzas, y se debilitan rapidamente, porque las funciones de digestion y de absorcion no pueden hacerse, debido á que las sustancias alimenticias son arrojadas por el ano, tanto mas pronto cuanto mas arriba se halle colocado este, en el tubo digestivo.

Creo oportuno, citar la observacion de los doc-

tores Guinard y Pissavy por cuanto nos proporciona un buen ejemplo.

Se trataba de un enfermo, que tenía un ano contra natura del primer tercio del intestino delgado consecutivo á una hernia crural izquierda estrangulada. Se veía que el enfermo perdía peso cada día y que sus fuerzas iban disminuyendo á pesar de que se le hacian inyecciones de suero artificial y de cafeina para levantar su estado general y como con eso no se lo consiguiera, se vieron en la necesidad de recurrir á alimentarle por el cabo eferente del intestino, por medio de inyecciones de sustancias alimenticias frecuentemente repetidas.

Cuando el ano contra natura está situado en el intestino grueso su gravedad inmediata es incomparablemente mucho menor que cuando lo está sobre el intestino delgado, porque en esos casos los principales fenómenos de la digestion y de la absorcion han tenido el tiempo casi suficiente para cumplirse antes de ser arrojadas las sustancias injeridas.

Pero tratándose del intestino grueso, siempre se hace mas tolerable por parte del organismo enfermo cuando el ano está situado en el cólon descendente y mejor aún en la ese iliaca, que en cualquier otra parte. En efecto á esa altura del aparato digestivo, los alimentos ingeridos han sido en su totalidad digeridos y absorbidos y no queda seguramente otra cosa, que los residuos de la digestion y de la absorcion destinados á ser expulsados.

Es pues teniendo en cuenta las pérdidas en la nutricion que ocasiona el ano del intestino delgado y aún de la primera porcion del intestino grueso, que el cirujano trata cuando tiene que hacerle un ano artificial á un enfermo, de practicárselo al nivel de la ese iliaca.

Cuando el ano está situado en el intestino delgado fuera de los perjuicios que ocasiona en la salud y el estado general del enfermo, puede decirse que se hace casi insoportable á causa de la salida constante é involuntaria al estado líquido de las sustancias alimenticias mas ó menos modificadas y de los gases intestinales que atravesando el ano, ensucian la curacion protectora, la region vecina etc. y producen como consecuencia una alteracion escematosa de la piel y pudiendo tambien ser causa de otras complicaciones mas sérias, como ser flemones, y abcesos de la pared etc.

Si el ano está situado en el intestino ciego, las materias fecales salen al estado líquido, pero si lo está en el cólon ó en la ese iliaca las materias fecales adquieren una mayor consistencia en esta parte del intestino grueso, y salen bajo una forma mas ó menos sólida; si es que no existe alguna enteritis, complicacion por otra parte que no deja de ser frecuente en esta clase de lesion.

Es de interés para el tratamiento el precisar la parte del intestino donde está situada la lesion; pero tambien se sabe que muchas veces es dificil,

y aún imposible el poder determinarlo, porque el sitio exterior en donde se abre el ano, indica poca cosa. Los sitios mas comunes de la pared en donde se abre el ano contra natura son las regiones inguinales y crurales, las fosas iliacas, la region umbilical y despues cualquier otro sitio de la pared abdominal.

Se recomienda tener muy en cuenta, el tiempo que tardan las sustancias injeridas en ser eliminadas, el aspecto que presentan, el estado de digestion de las mismas etc. Se aconseja tambien hacer enemas de leche ó de líquidos coloreados.

Me parece que debe tenerse muy en cuenta el estádo de nutricion y general del enfermo, y que aún asi mismo será difícil hacer un dianóstico exacto.

En lo que se refiere á la constitucion anátomo-patológica puede decirse que varía. para cada ano contra natura.

El orificio externo se halla á veces deprimido en la pared abdominal, siendo su forma lo mas á menudo irregularmente redondeada. La piel próxima á este orificio es generalmente eczematosa.

En los casos de ano artificial ó quirúrjico la mucosa del intestino se continúa directamente con la piel, mientras que en los de ano accidental ó expontáneo es mas raro, habiendo en estos por lo general entre la piel, y la mucosa una especie de trayecto infundibuliforme consti-

tuido por restos de intestino, tejidos de nueva formacion etc.

El intestino puede estar dispuesto de una manera mas ó menos tanjente á la pared y entonces los cabos aferente y eferente que se abren en el ano, se continúan siguiendo una línea casi recta, pudiendo pasar de ese modo una parte del contenido intestinal del extremo superior al inferior. En esos casos la curacion expontánea puede producirse, pero tambien parece que son los mas raros en observarse.

Es mas frecuente encontrar los dos cabos del intestino dispuestos en la misma forma que el caño de una escopeta de dos tiros, siendo separados los dos orificios intestinales por un espolon formado por las paredes del ansa intestinal adheridas entre si y al mesenterio. Las dimensiones del espolon, *éperon* de Désault y Dupuytren, *promontoire* de Scarpa, varian con el grado de acodadura del ansa intestinal, pudiendo medir ocho ó diez centímetros y aún mas.

El espolon puede ser mas ó menos saliente pero siempre es el principal obstáculo que impide el pasaje de las materias fecales del extremo aferente al eferente.

Los dos extremos intestinales suelen sufrir á menudo modificaciones bastante importantes: el extremo aferente á veces se invajina y su mucosa hace hernia fuera del ano, otras veces se le encuentra bastante dilatado. El extremo inferior suele encontrarse estrechado, atrofiado y á veces obliterado.

Siendo, puede decirse la excepcion, la curacion expontánea del ano contra natura y como por otra parte es una afeccion sumamente molesta, desagradable y al mismo tiempo muy grave, tanto por sus complicaciones, como porque los enfermos se debilitan en breve tiempo, me parece que no es conveniente esperar el tiempo de dos, tres ó seis meses que aconsejaban los antiguos para intervenir, salvo el caso, raro por desgracia que se vea realmente que la circulacion de las materias se va haciendo cada vez mejor y que el enfermo vaya recuperando al mismo tiempo sus fuerzas; de lo contrario yo creo que es mas prudente operar tan pronto como lo permita el estado general del paciente, como ha sucedido en las dos observaciones en que ha intervenido el profesor Gandolfo y cuyas historias referiré en oportunidad.

II

TRATAMIENTO

Cuando el ano contra natura era reciente los cirujanos hasta hace poco tiempo aconsejaban no tocar la lesion y se limitaban á hacer la espec-

tacion, prescribiendo al mismo tiempo un tratamiento médico é higiénico: se ponían vendajes protectores, tonificaban al enfermo para levantar sus fuerzas, y esperaban que en el transcurso de algunos meses, sobreviniera la curacion expontánea.

El tiempo que los cirujanos aconsejaban esperar para poder intervenir es variable: unos como Gosselin, Scarpa esperaban dos meses, Dupuytren tres, etc. y consideraban que pasados los seis primeros meses era inútil esperar mas, porque la enfermedad se habia hecho incurable.

Chaput al tratar del ano contra natura dice: « La mayor parte de los cirujanos aconsejan esperar dos ó tres meses antes de atacar el ano contra natura. Encuentro este precepto lejítimo cuando se trata de casos favorables á la curacion expontánea, caracterizados por un espolon poco acentuado, un infundibulum desarrollado, un extremo inferior permeable, un orificio cutáneo estrecho y no tapizado de mucosa. Pero para todos los otros casos pienso que se puede intervenir desde que la salud general es satisfactoria. A veces cuando el ano se coloca arriba la intervencion debe de ser hecha de urgencia para evitar el debilitamiento del paciente.»

Como el espolon es el que se opone generalmente al curso de las materias fecales entre el cabo aferente y eferente del intestino, parece que Desault fué uno de los primeros que compren-

dió su importancia y trató entónces de actuar sobre él, por medio de tapones colocados en el ano contra natura que haciendo una presion contínua, repelian el espolon hácia la cavidad abdominal.

Se sirvió con el mismo objeto de mechas que colocaba de un extremo al otro del intestino. Parece que estos medios sencillos hubieran dado algun resultado en manos de Desault.

Un poco antes que Dupuytren, Schmalkaden en 1798 trataba de seccionar el espolon de una manera lenta por medio de una ligadura colocada en su base.

Physik mas ó menos en la misma época que Dupuytren, atravesaba por medio de un hilo la base del espolon, con el fin de restablecer el curso normal de las materias intestinales.

Es creo indiscutible que Dupuytren, es el que mas ha estudiado en su época, la mejor manera, de destruir el espolon y el que mejor lo ha conseguido; debido al enterótomo que ideó en el año 1813 á propósito de un ano contra natura que tuvo que tratar.

Me parece oportuno describir lijeramente la observacion en el cual Dupuytren concibió la idea de su enterótomo que tantos servicios ha prestado á la cirugía.

Se trataba de un sujeto que llevaba desde su juventud una hernia inguinal izquierda que no le producía mayor molestia.

El 13 de Mayo de 1813 se le estranguló la her-

nia á consecuencia de un vómito. El 17 del mismo mes entra al Hòtel-Dieu en donde fué operado por Dupuytren. El estrangulamiento se se había producido al nivel del cuello del saco herniario; dos ayudantes tiraban hácia abajo el saco, sacando afuera el cuello que Dupuytren debridó. El estrangulamiento quedaba pues salvado y el intestino que al principio parecía sano despues se vió que presentaba una escara blanca de esfacelo en la parte comprimida por el cuello del saco herniario. Para prevenir los inconvenientes que pudiera producir la tumefaccion de las partes inflamadas, Dupuytren debridó el anillo inguinal y abandonó el intestino en el mismo estado en que se encontraba.

Como la peritonitis era el accidente mas temible, se apresuró á prevenirse de ella por medio de tres sangrias practicadas en las primeras 24 horas. Al día siguiente, dos nuevas sangrias; el hipo y los vómitos disminuyen y terminan por cesar. Por la herida se produce una evacuacion abundante, el abdomen se hace mas blando y menos doloroso. El enfermo se pone muy pronto fuera de peligro; la escara intestinal se agranda, una porcion considerable del ansa intestinal se gangrena y cae, lo que queda se invierte en parte y ofrece al exterior la superficie interna del intestino que se presenta roja y vellosa.

Los restos del ansa intestinal se presentaban en la herida bajo el aspecto de un tumor rojo vivo, simulando una invajinacion.

Evidentemente esa ansa intestinal, en su mayor parte destruida, no podía servir para restablecer el canal intestinal y el enfermo estaba obligado á llevar un ano contra natura incurable, segun las ideas de esa época.

Los dos extremos del intestino iban paralelamente á abrirse en el anillo.

El examen de los cabos intestinales en el caso y un gran número de experiencias hechas en el cadáver en las mismas condiciones, hacían imposible el pasaje de las materias intestinales de un cabo al otro á causa de la disposicion paralela de los mismos.

Fué precisamente fundándose en ese paralelismo que Dupuytren se propuso hacer comunicar entre sí los dos extremos intestinales.

Imaginó perforar por medio de una especie de sacabocado el tabique comun á los dos extremos intestinales adosados. El aparato fué construido y estaba todo preparado para practicar la intervencion cuando Dupuytren cambió de idea y determinó proceder del siguiente modo: se atravesará con un hilo el tabique comun á los dos extremos intestinales. El hilo determinará una infiamacion adhesiva que se extenderá á una cierta distancia, al hilo se le agregará una mecha cuyo volúmen se irá aumentando todos los días hasta que la abertura se haga suficiente para el pasaje de las materias fecales. Esa idea fué puesta en ejecucion á princios de Julio y tuvo el éxito que se esperaba. A los ocho días

se suprime la mecha, y por primera vez el enfermo arroja las materias por las vías normales: algunos cólicos preceden á esta evacuacion. Despues de algunos días de interrupcion se colocan nuevas mechas, cuyo volúmen se va aumentando progresivamente hasta llegar al tamaño del dedo auricular. Finalmente el espolon se rompió. Se creyó haber perdido todo, pero reflexionando se vió que el mal no era tan grande como se había creido al principio.

Como el espolon era el gran obstáculo al curso de las materias, no era evidente que su ruptura debía de ser favorable á las evacuaciones de las materias intestinales? Así pues las materias fecales continuaban en compartirse la salida entre el ano contra natura y las vías normales.

Reconociendo todavía Dupuytren que los restos del espolon eran un obstáculo para el curso normal de las materias fecales, y confiándose en las adherencias que la mecha habia debido desarrollar en una gran extension, se le ocurrió la idea de atacar directamente el espolon por medio de pequeñas incisiones hechas con ayuda de las tijeras que conducia sobre el dedo: durante cinco ó seis dias hizo diariamente una pequeña incision sobre el espolon. Todas las materias fecales pasaban despues por las vías normales. El tumor, rojo, velloso, formado por los restos del ansa intestinal fué extirpado.

El enfermo colocaba entre las compresas que servian para su curacion una placa de madera,

la cual se oponía muy eficazmente al pasaje de las materias intestinales. A menudo transcurrian 24 horas sin que pasase ninguna materia por la herida. El enfermo creyendo entónces que la abertura se habia cicatrizado, despreciaba llevar su aparato; pero los líquidos, algunas veces lo mismo las materias blandas que se escapaban por la herida venian á destruir sus esperanzas.

Despues de un mes todavía el estado del enfermo continuaba estacionario y Dupuytren persuadido de que la falta de la curacion radical provenia de un espolon saliente, impaciente talvez de obtenerla se decidió á repetir las pequeñas incisiones que un poco antes le habian dado resultado. A las pocas horas despues que hubo hecho la primera incision, el enfermo experimentó, dolores, vómitos, el pulso se hizo muy frecuente etc., y falleció al tercer día de esa pequeña incision, de peritonitis por perforacion.

Es el desgraciado éxito de esa pequeña operacion que le sujerió la idea de su enterotomo á Dupuytren.

Como existen muchos procedimientos mas ó menos distintos, descritos para el tratamiento quirúrgico del ano contra natura, siguiendo unos la via extra-peritoneal y los otros la via intra-peritoneal; me parece muy racional dividir este tratamiento en dos métodos: 1° el método extra-peritoneal por ser el mas antigüo y 2° el método intra-peritoneal; como lo hacen Jaennel, Guinard etc. pudiéndose agrupar muy bien alrededor de

cada uno de estos métodos, todos los procedimientos que siguen la via indicada por el nombre del método.

III

Método Extra-peritoneal

Es á Dupuytren con la invencion del enterotomo á quien corresponde la gloria de haber creado, el método extra-peritoneal que tan inmensos servicios ha venido prestando á la cirugía hasta hace poco tiempo.

Siguiendo este método de tratamiento del ano contra natura, se busca en primer lugar destruir el espolon para restablecer el curso normal de las materias intestinales por medio de la enterotomia practicada, ya sea con el enterotomo de Dupuytren ó con cualquiera de los otros enterotomos construidos posteriormente y que no son otra cosa sino simples modificaciones del primero: tambien se le puede practicar con pinzas hemostáticas de ramas un poco largas ó bien se puede

seccionar el espolon entre dos pinzas, como lo aconsejaba Richelot.

Si se destruye el espolon por cualquiera de los procedimientos indicados, queda todavía para cerrar el orificio externo por alguno de los procederes de autoplastia.

Enterotomia por el proceder de Dupuytren

Se prepara al enfermo administrándole un purgante la víspera de la operacion, para evacuar el intestino. Se coloca el enfermo en el lecho en posicion horizontal y se lava la region enferma. Por el tacto se reconoce el espolon, se aprecia su longitud y direccion, Se introduce un dedo en uno de los cabos del intestino, se hace deslizar sobre él, penetrando lo mas lejos posible, una de las ramas desmontada del enterotomo; con la segunda rama se hace la misma cosa en el otro cabo.

Se recomienda que las ramas del enterotomo queden aplicadas paralelamente al eje longitudinal del intestino; si eso no fuera así la aplicacion del enterotomo sería oblicua sobre el espolon. La seccion se hará en anchura y no en longitud; no se obtendrá lo que se busca, y será necesario hacer una nueva aplicacion.

Las ramas del enterotomo estando bien aplicadas, se las articula.

El espolon generalmente se escapa delante de las ramas del enterotomo que para cerrarse, se aproximan de la articulacion hacia la punta, y se toman dos ó tres centímetros de espolon con una pinza de ramas mucho mas largas.

Parece que se podria obtener mejor resultado con el enterotomo de ramas paralelas de Richet ó las pinzas Clamp de Doyen. Pero el enterotomo de Richet tiene el inconveniente de ser pesado y poco manejable, y ademas una vez colocado se dice que los enfermos lo toleran dificilmente. Las pinzas Clamp de Doyen tienen las ramas demasiado largas y hacen por eso su manejo muy poco cómodo.

Se aconseja tambien para disminuir en parte los inconvenientes de la fuga del espolon, empujar la pinza al mismo tiempo que se la cierra, para de ese modo poder seguir al espolon en su fuga. Pero cualquier cosa que se haga, el espolon se escapa al cerrarse la pinza y se toma mucho menos parte que lo que se pretende.

Verneuil en el año 1888 indicó el proceder siguiente para evitar que fugue el espolon cuando se sirve del enterotomo. Se fija el espolon antes ó despues de introducir el enterotomo por medio de dos pinzas ó de dos hilos y una vez sujeto por cualquiera de estos medios se cierran las ramas del enterótomo.

Practicada de ese modo la enterotomia dará seguramente todo lo que es capaz.

El enterotomo una vez bien colocado se le envuelve en gasa esterilizada ó antiséptica para evitar su movilidad, y el todo se cubre con una curacion algodonada y se deja que el aparato caiga expontaneamente.

El instrumento se desprende generalmente á los ocho días, por la mortificacion del espolon comprimido entre las ramas del enterotomo. El enfermo está obligado á guardar cama durante todo el tiempo que se encuentre aplicado el enterotomo.

Como la curacion se ensucia á menudo debido á la salida contínua de las materias intestinales, se aconseja cambiarla varias veces al día.

Se ha observado que algunos enfermos no soportan bien el enterotomo; son atacados de dolores, náuceas, vómitos, cólicos, etc.

Algunas veces se les calma propinándoles inyecciones de morfina, pero otras veces no se lo consigue, y entonces el cirujano se ve en la obligacion de sacar el enterotomo.

Si el enfermo soporta bien la aplicacion del enterotomo y su caida se efectúa á los ocho ó diez dias; en el sitio del espolon debe encontrarse una cavidad amplia donde vienen á desembocar los dos extremos del intestino. Pero se señala bastante á menudo que el enterotomo cae, y queda todavia una gran parte del espolon; entónces se aconseja dejar pasar ocho ó diez dias y despues hacer una segunda aplicacion, y si ésta no dá resultado, una tercera y aún asi mismo pa-

rece que son muchas las veces que no se consigue destruir el espolon por completo.

Si la enterotomia practicada en la forma descrita dá resultado, el cirujano espera 20 dias ó mas para que el orificio externo se cierre expontaneamente, pero como sucede mas á menudo que las materias intestinales continúan pasando por el orificio, entónces hay que cerrarlo sirviendose para ello de alguno de los procederes de autoplastia.

Proceder Richelot

Este proceder está basado sobre los procedimientos de Jobert y de Reybard. En efecto Jobert aplicaba el enterotomo sobre el espolon y á las 48 horas lo sacaba; seccionaba la escara producida, con bisturí ó tijera fundándose en las adherencias qúe debian haberse producido por la presion del enterotomo. Es indudable que este proceder es peligroso por cuanto tiene que ser dificil poder ver ó sentir la escara para incindirla, y no será dificil hacer la incision á un lado y abrir la cavidad peritoneal con todas sus consecuencias.

Con el mismo fin que Jobert, Reybard hizo construir un enterotomo especial, El instrumento de Reybard se compone de dos ramas, fenestradas en toda la longitud, y de diez centímetros de largo cada una; reunidas en una de sus extremidades por un resorte circular, entre el resorte y las ramas hay un tornillo por medio del cual se puede aproximar y cerrar á voluntad las ramas.

Se coloca este instrumento como un enterotomo comun y se apretan las ramas por medio del tornillo; se introduce un bisturí entre las ventanas de las ramas y se secciona el tabique. A las 48 horas se retira el aparato.

Se comprende tambien que era un proceder peligroso por cuanto siendo las ramas del aparato un poco estrechas, no era dificil que al seccionar el tabique se escaparan los lábios de la herida intestinal, y las materias penetrarían en la cavidad peritoneal; esto mismo podia pasar al retirar el instrumento á las 48 horas. Pero como quiera que sea fué un paso mas dado hácia la enterotomia por incision y sutura de Richelot.

El proceder de Richelot se ejecuta de la manera siguiente: primero se hace la anestesia del enfermo, despues se toma el espolon con dos pinzas hemostáticas cuyas ramas un poco largas convergiendo hácia la cavidad abdominal circunscriben una V con la base exterior; se tira de las pinzas para sacar afuera el espolon; con una tijera se secciona á medio centímetro de las

pinzas toda la parte del espolon comprendido entre ellas: se ejecuta una sutura con seda sobre cada uno de los lábios de la herida, debiendo pasar los puntos al lado de las pinzas. Por medio de esa sutura se adosan las dos paredes intestinales, y queda cerrada la cavidad peritoneal. Se sacan las pinzas y se pone una curacion.

Se comprende que la aplicacion de este procedimiento tiene que ser poco comun por cuanto se necesita un ano contra natura cuyo orificio sea grande, y un espolon no muy rigido para que sea posible poderlo sacar afuera del abdomen para operar á cielo abierto: ademas se le objeta las hemorrajias que pueden sobrevenir como consecuencias de la operacion.

Una vez destruido el espolon por cualquiera de los procederes mencionados, y que las materias intestinales hayan recobrado en parte ó en totalidad su curso normal; los cirujanos aconsejaban esperar tres ó cuatro semanas para cerrar el orificio externo por alguno de los procederes autoplásticos que describo á continuacion.

Proceder de Velpeau

Por una incision elíptica, hecha en tejidos sanos á dos centímetros del orificio externo se circunscribe todo el ano: se continua en profundidad la incision de una manera oblicua, en forma de embudo, para terminarse al nivel de la insercion de la mucosa intestinal en la cara profunda de la pared abdominal debiendose apenas comprender la insercion. Se extirpa de este modo todo el trayecto parietal cicatrizado y el tejido inodular. Debe tenerse cuidado al hacer la incision de no comprender las adherencias peritoneales para de esa manera no abrir la cavidad abdominal.

Se reune la herida que tiene la forma de embudo por puntos de sutura que deben comprender todo el espesor de la pared menos los bordes de la insercion del intestino. Para evitar la tension de los puntos de sutura se recomienda hacer á tres ó cuatro centímetros de cada lado de dichos puntos una incision liberatriz de siete á ocho centímetros de longitud.

Parece que este procedimiento solamente se aplicaba en los casos de ano contra natura accidental, y que tenian un trayecto epidermizado.

Proceder de Nelaton

A un centímetro del borde cutáneo del orificio externo se hace una incision circular y profunda hasta el perítoneo exclusivamente. Se invierte hácia la cavidad intestinal el rodete circunscripto; despues se oblitera el orificio por medio de dos colgajos autoplásticos tallados uno á la derecha, y el otro á la izquierda del ano.

Como se ve este procedimiento no lleva suturas profundas y las materias fecales pueden facilmente infiltrarse debajo de la autoplastia cutánea, y por consiguiente hacer fracasar la operacion. Sin embargo este proceder se recomendaba como aplicable á cualquier clase de ano contra natura.

Proceder de Denonvilliers

Denonvilliers habiendo tenido que tratar un caso de ano contra natura, con mucosa exuberante, y sin trayecto cutaneo, procedió del modo siguiente: desprendió la mucosa del intestino solamente, en toda la altura del trayecto anal; hizó una sutura muco mucosa invajinada, despues reunió por compresion los lábios avivados del ano.

Este proceder como se comprende, dificilmente dará resultados, por cuanto una simple sutura muco mucosa tiene que ser insuficiente para contener las materias fecales y evitar su salida.

Proceder de Gosselin

Por este procedimiento se aviva la mucosa intestinal en todo lo que sea posible; se hace tambien un avivamiento de todo el trayecto anal epidermizado. Despues se hace una sutura profunda para aproximar los lábios del intestino avivados. El orificio del ano se cierra por medio de un colgajo autoplástico disecado en la proximidad, y torcido sobre su pedículo.

Parece que este procedimiento es mas propio para los casos de ano accidental con trayecto epidermizado.

Proceder de Reybard

Segun Jaennel en la tesis de Foucher del año 1857 se encuentra la descripcion siguiente de una operacion de Reybard hecha en un caso de ano contra natura que tenia un borde mucoso exuberante. El borde mucoso fué tomado con una

pinza erina, y sacado afuera tan lejos como posible: se practicó una ligadura en masa en la base y el muñon asi formado fué invajinado, y repelido en la cavidad intestinal; por algunos puntos de sutura se fijó la invajinacion. La piel fué disecada circularmente en una extension de tres centimetros de la insercion de la mucosa intestinal; la piel asi desprendida formaba dos colgajos que fueron afrontados por su cara profunda por medio de dos planos de sutura ensortijada sobre dos pequeños tutores metálicos.

Proceder de Malgaigne

En el año 1861, Malgaigne en un caso de ano contra natura, desprendió las adherencias de los extremos intestinales en una extension de medio centimetro y cerró el intestino por una sutura sero-serosa. El trayecto anal de la pared abdominal fué avivado y reunido por varios puntos de sutura separados. Este proceder podrá ser aplicable en los casos de fistula ó de ano contra natura muy estrecho.

Proceder de Chaput

En los limites de la insercion del intestino en la piel, se hace una incision circular que permita aislar el intestino en totalidad en una extension de dos centimetros.

Se desprende despues la mucosa de la musculosa en una extension de un centimetro, se exinde la parte exuberante se invajina la mucosa, y se hace una sutura muco mucosa, despues se hace una sutura que afronte la muculosa cruenta la una á la otra. Conviene dice Chaput no cerrar la sutura intestinal hermeticamente, se deja una fistula que servirá de valvula de seguridad. Se pone un dranaje y se sutura la herida parietal; la fistula se cerrará por si sola.

Se considera que este procedimiento de sutura por abrasion de la mucosa puede ser aplicado solamente en los casos en que el intestino tapiza en toda su altura el trayecto, y puede ser disecado sin peligro de abrir el peritoneo.

Proceder de Jaennel

Jaennel inspirándose en el procedimiento de Nelaton y en la práctice adquirida de la sutura

despues de la laparotomia, ha ideado un procedimiento propio que lo ha empleado en cuatro casos con buen resultado.

Despues de haber cerrado el ano por una sutura provisoria, lo circunscribe por una incision circular trazada á un centímetro del orificio, y penetra paralelamente á las paredes de este orificio hasta el peritoneo exclusivamente. Le ha sucedido á veces abrir el peritoneo al hacer la diseccion del trayecto anal, y se conformó con cerrar la abertura por un punto de sutura. Una vez disecado el trayecto anal lo invajina sin resecar nada, y adosa las superficies cruentas, sean ó no serosas, por un doble plano de sutura de Lembert y cierra de esa manera el orificio intestinal del ano. En la capa parietal extirpa el tejido inodular para descubrir mejor las capas normales de la pared, capa sub-petoneal, capa mucular capa aponeurótica y la piel.

Para llegar á ese resultado desdobla por diseccion la pared al nivel de la capa muscular sin resecar la piel; se tiene la ventaja de multiplicar asi las superficies cruentas para suturar. Cuando las tres capas de la pared son bien reconocibles, las sutura metódicamente en tres planos; dos planos profundos con catgut sobre las capas muscular y aponeurótica, un plano superficial de puntos aislados con crin de florencia sobre la piel.

Recomienda el autor de este procedimiento que es de suma importancia afrontar anchamente los

lábios de la capa muscular y de la capa aponeurotica con el fin de reunir las superficies y no los bordes: tambien aconseja hacer un drenaje.

Este procedimiento ha sido empleado por su autor en cuatro casos de ano contra natura; en todos le ha dado resultado, pero en tres de ellos se produjo una fistula que cerró en poco tiempo. Recomienda ademas hacer los cuatro planos de sutura: intestino, músculo, oponeurosis y piel con la regularidad la mas perfecta.

Pero el tratamiento del ano contra natura por cualquiera de los procedimientos comprendidos en el método extra-peritoneal resulta largo y molesto tanto para el paciente como para el cirujano y ademas el objeto buscado las mas de las veces no es alcanzado.

En efecto el profesor Gandolfo en una de sus observaciones hizo la entorotomia por el proceder de Dupuytren y no dió resultado; despues practicó varias operaciones autoplasticas y todas sin resultado. Por último hizo una intervencion de urgencia por el método intra-peritoneal y obtuvo el resultado deseado. Segun Le Dentu la enterotomía practicada por el antiguo proceder de Dupuytren la estadística de Goetz nos dá 3.45% de mortalidad, 29% de curaciones, aumentando el número de curaciones si se agrega una autoplastia á 77 %.

Segun el doctor Gangolphe la enterotomia de Dupuytren va perdiendo cada día mas terreno, debido á la incertidumbre del tratamiento, á su

longitud y á sus fracasos por una parte, por la otra los progresos de la asepsia tiende á hacerla rechazar de la práctica quirúrgica. En efecto en mas de la mitad de los casos, segun Goezt 64 %, la enterotomía no ha sido sino una operacion de pasaje, obligando á una intervencion posterior. La enterorrafia ha ganado el terreno perdido por la enterotomia; pero probablemente va á retroceder ante el empleo del boton de Murphy mas ó menos modificado.

En la actualidad algunos cirujanos como Gangolphe, Guinard, Chaput, Jaennel, Le Dentu etc., sinó abandonan por completo el método extraperitoneal para el tratamiento del ano contra natura, por lo menos lo reservan para los casos simples y fáciles; adoptando de preferencia alguno de los diversos procedimientos con que cuenta el método intraperitoneal.

IV

Método Intra-peritoneal

El método intra-peritoneal ha sido creado debido á los progresos de la asepsia, y de la antisepsia y á la práctica adquirida por los cirujanos en la laparotomia.

Todos los procedimientos comprendidos en este método, puede decirse que tienen por objeto tratar la lesion de una manera radical en una sola intervencion.

Segun la manera de tratar el intestino, se dividen estos procedimientos en: procedimientos por enterorrafia lateral, por entero-anastomosis, por enterotomia intra-peritoneal, por enterectomia y por enterorrafia con exclusion del intestino.

Como se verá todos estos procedimientos han sido propuestos y empleados por algunos cirujanos, pero de todos ellos el mejor será seguramente el mas rápido y el mas sencillo por cuanto de la rapidez de la intervencion dependerá en muchas ocasiones el éxito.

El método intra-peritoneal exije una preparacion previa del enfermo: primero se desocupa el intestino por medio de un purgante la víspera de la operacion; segundo se hace una rigurosa antisepsia de la region abdominal; tercero se necesita hacer la anestesia general.

Procedimiento por enterorrafia lateral

Segun el sitio en donde se abre el ano, se puede hacer una incision en la línea media que llegue hasta el peritoneo inclusive, ó se hace la

incision como lo aconsejan algunos á dos ó tres traveses de dedo del ano, en tejidos sanos, ó bien se circunscribe el orificio externo del ano por una incision circular que comprende todos los tejidos hasta el peritoneo inclusive. Se penetra en la cabidad abdominal por la abertura peritoneal, y se desprende el intestino de sus adherencias á la pared en todo lo posible; se saca el intestino afuera del vientre, se hace la coprostasia digital ó con cualquier otro medio; se avivan los bordes del orificio intestinal, y se lo sutura con seda ó catgut empleando dos planos; se reduce el intestino en la cavidad abdominal, y se cierra la pared poniendo tres planos de sutura. Si la incision ha sido hecha lejos del ano, quedará para cerrar el orificio externo de este, lo cual puede hacerse en la misma sesion ó en otra; pero cuando lo incision circunscribe al ano, en ese caso se le extirpa conjuntamente con los tejidos enfermos.

Este procedimiento no se puede emplear en los casos de ano con espolon, ni en los que tienen un orificio intestinal grande, porque sobrevendria un estrechamiento intestinal consecutivo á la sutura. Parece que puede emplearse con buen resultado en los casos de fístula estercoral.

Procedimiento por enterectomia y enterorrafia circular

Este procedimiento consiste en la extirpacion del orificio del ano y la reseccion de los dos cabos intestinales que se abren en el ano; haciendo la union del intestino por medio de suturas ó sirviéndose para ello de un boton anastomótico.

Proceder de Billroth

Primero que todo se cierra el ano por medio de una sutura para evitar la salida de las materias fecales. Despues se incinde la pared abdominal en tejidos sanos, circunscribiendo el ano en la incision. Se abre el peritoneo y se desprenden las adherencias del intestino con la pared abdominal; se saca afuera de la cavidad abdominal toda la parte del intestino que está en relacion con el ano, se desprenden las adherencias de las ansas intestinales entre sí, y se resecan los cabos aferente y eferente del intestino; se hace una enterorrafia circular del intestino por medio de suturas, se reduce el intestino en la cavidad abdominal, y se cierran las paredes como de costumbre.

Este proceder como se ve es bastante largo, y no convendrá seguramente en muchos casos.

Proceder de von Baracz

Para tratar un ano contra natura consecutivo á una hernia crural gangrenada, von Baracz procedió de la manera siguiente: Hizo primeramente una incision de ocho centímetros, que iba del ano á la espina iliaca anterior y superior, la cual comprendia todas las capas hasta el perítoneo; despues hizo una segunda incision de 4 centímetros que se dirigía del ano á la espina del púbis. Sirviéndose de una cureta cortante destruyó la mucosa exuberante del ano. Seccionó el ligamenfo de Poupart y abrió la cavidad peritoneal por una incision verticál que iba del ano al ombligo. El cordon y sus elementos fueron reclinados; el epiplon adherente al ano fué ligado y resecado; las dos ansas intestinales que ivan al ano fueron tomadas con dos pinzas coprostáticas; al desprender las adherencias para poner en libertad á las ansas, se encontró con un abceso y lo cureteó. Por la dificultad que habia en desprender las adherencias se produjeron varias desgarraduras de la serosa intestinal. Resecó por fin 23 centímetros del cabo aferente y 12 centímetros del cabo eferente. El enfermo murió.

Proceder de Trendelenburg

Afuera de la piel eczematosa del ano y á cinco ó seis centímetros del ligamento de Poupart y paralelamente á este ligamento, se hace una incision hasta el peritoneo inclusive. Una vez abierta la cavidad abdominal, si existen adherencias entre las ansas componentes del ano y las ansas vecinas se las desprende, pero para esto un ayudante introduce un dedo por el ano contra natura en cada uno de los extremos intestinales para evitar la confusion con las ansas vecinas. Se saca el paquete intestinal afuera, y se desprenden las adherencias; se hace la coprostasia digital sobre cada uno de los cabos intestinales, y se seccionan las dos ansas intestinales, se envuelven en gasa cada uno de los cabos adherentes al ano y se los mantiene fuera del vientre, se practica la enterorrafia circular empleando sutura en los otros extremos del intestino, se reduce el intestino en la cavidad abdominal. Queda para extirpar el ano y los dos cabos que lo componen. Se invajina cada extremo intestinal como un dedo de guante para exteriorizar su mucosa; se desprenden las adherencias peritoneales de la pared abdominal por su cara profunda, y se extirpa el orificio del ano con sus dos cabos intestinales. Se cierra la pared abdominal.

Como se ve, es este un proceder largo, que

exije mucho tiempo; por otra parte las maniobras que se necesitan hacer para invajinar los cabos intestinales, y poner al exterior su mucosa, hacen muy fácil la inoculacion del peritoneo.

Proceder de Gangolphe

El doctor Gangolphe procedió de la siguiente manera en tres casos de ano contra natura. En el primer caso hizo una incision en forma de losanje circunscribiendo la lesion, pero en tejidos sanos. Abrió el peritoneo en una parte de su incision, y por ese ojal penetró con los dedos, en la cavidad abdominal, se dió cuenta de las adherencias de las ansas intestinales con la pared, por medio de una tijera obtusa conducida sobre los dedos, desprendió las adherencias, y puso en libertad las ansas intestinales; sacó afuera del vientre el paquete intestinal, resecó el intestino, hizó la enterorrafia circular empleando dos planos de sutura, redujo el intestino, extirpó el ano con los cabos adherentes, y cerró la pared abdominal.

El resultado fué bueno y el enfermo sanó en pocos dias.

En el segundo caso hace una incision vertical comprendiendo la piel, el tejido celular, de

cuatro centímetros de longitud arriba del ano, y la termina á un centímetro de la zona mórbida, despues diametralmente debajo del ano, hace una incision vertical de igual longitud, y comprendiendo las mismas capas; reune el pié de las dos verticales por una incision circular que circunscribe el orificio externo del ano. Incinde los planos profundos hasta el peritoneo, penetra en la cavidad abdominal, saca el paquete intestinal afuera del vientre, reseca el intestino, hace la enterorrafia circular empleando dos planos de sutura, reduce el intestino en la cavidad abdominal, extirpa el ano y los dos cabos adherentes del intestino: cierra la pared abdominal. El enfermo sanó en pocos dias.

En el tercer caso hace una incision vertical arriba del ano, comprendiendo la piel, tejido celular subcutáneo, y la aponeurosis, continúa la incision de manera á circunscribir todo el contorno del ano y la hace seguir en la parte inferior en la prolongacion de la primera. Abre el peritoneo, saca el paquete intestinal afuera del vientre: como se trataba de un ano contra natura del ciego practicó una enterorrafia lateral.

El doctor Gangalphe encuentra en su procedimiento las siguientes ventajas que le parecen indiscutibles. 1° Es rápido: el cirujano no teme herir ningun órgano vecino y vá directamente hasta la cavidad abdominal. 2° Es seguro: el dedo introducido en el peritoneo explora los planos profundos en la vecindad inmediata del ano:

con las tijeras conducidas sobre los dedos se desprenden las adherencias de los extremos intestinales con mucha facilidad. 3° Permite sacar afuera el paquete intestinal y aislar sobre compresas esterilizadas la region donde se vá á efectuar el acto operatorio principal. Las se probabilidades de infeccion estan disminuidas, al mismo tiempo que las maniobras operatorias son facilitadas por esta puesta al descubierto de las extremidades intestinales. 4° Puede emplearse en todos los casos; por otra parte, permite éxito donde se hubiera fracasado procediendo de otra manera.

Proceder de Grinda

Con motivo de un caso de hernia crural izquierda estrangulada y gangrenada el 29 de Julio de 1896, el doctor Grinda intervino y favoreció la produccion de un ano contra natura debido al estado grave que presentaba el enfermo. Una vez que el enfermo se encontraba fuera de peligro, su estado general bastante bueno y despues de haber aplicado el enterotomo sin resultado, el doctor Grinda practicó la cura radical del ano

contra natura, procediendo de la manera siguiente. Hizo una incision elipticia al nivel de la union de la mucosa del intestino y de la piel, continuándola arriba verticalmente en una longitud de cinco centímetros y afectando la forma de una raqueta. Disecó un cilindro de 32 milímitros de longitud en cada cabo del intestino. El ansa una vez disecada la sacó afuera con facilidad. Los extremos aferente y eferente del intestino, los seccionó á tres centímetros proximamente de su abertura en el ano. En uno de los cabos intestinales hizo una sutura en jareta sobre el cilindro macho del boton de Murphy, en el otro extremo hizo la misma cosa sobre el cilindro hembra. Articuló el boton de Murphy. El diámetro del boton empleado media veinte y tres milímetros. Como la incision vertical no comprendia nada mas que la piel, la completó abriendo hasta el peritoneo. Redujo el intestino anastomosado, en la cavidad abdominal. Suturó la pared completamente. Las consecuencias operatorias fueron muy simples; el boton fué arrojado en una deyeccion á los 35 dias de la operacion.

Procedimiento por entero-anastomosis

Este procedimiento ha sido empleado en los casos de ano contra natura complicado de supuracion, y en aquellos en los cuales las ansas intestinales estando muy adheridas entre sí, seria peligroso desprender las adherencias por las desgarraduras intestinales que se producirían. Tambien ha sido empleado en los casos de fistulas estercorales ó pio-estercorales.

La incision de la pared abdominal se hace en tejidos sanos, lejos del sitio de la lesion. Se buscan las ansas intestinales aferente y eferente al ano; se hace la anastomosis por medio de suturas, ó bien empleando un boton anastomótico como lo ha hecho Morton, que usó el boton de Murphy con buen resultado en un caso de ano contra natura.

Procedimiento por enterotomia intra-peritoneal de Chaput

El doctor Chaput es quien ha ideado este procedimiento y lo ha empleado en un caso de ano contra natura con el doctor Reclus.

Primer tiempo: Se hace una incision en la pared abdominal á dós traveses de dedo por arriba del ano contra natura y paralelamente á la arcada crural. Por esa incision se reconocen los dos extremos intestinales adherentes á la pared. Si se carece de espacio suficiente se hace una incision perpendicular á la primera. Segundo tiempo: Enterotomia intra-peritoneal.

Esta operacion consiste en hacer una hendidura longitudinal de cuatro ó cinco centímetros sobre cada uno de los dos extremos intestinales á dos ó tres traveses de dedo por arriba del ano contra natura; despues se ejecuta la sutura como en la entero-anastomosis. Tercer tiempo: Sutura de la herida abdominal. Obliteracion de los dos orificios intestinales del ano contra natura (sutura por abrasion). Se disecan los dos extremos intestinales sobre una extension de dos centímetros; se desprende la musculosa con tijeras; se hace una sutura muco mucosa y una sutura por abrasion sobre las muculosas avivadas.

Procedimiento por enterorrafia circular con empleo del boton de Murphy y exclusion abierta del intestino

Este procedimiento ha sido empleado en dos casos de ano contra natura del intestino delgado por el profesor Gandolfo en el servicio de cirugia del Hospital de Clínicas.

Se hacen todas las preparaciones preliminares como para toda operacion de vientre en la cual el acto operatorio principal se va á ejecutar sobre el intestino. La víspera de la operacion se le administra un purgante al enfermo para desocupar su intestino. Se lava bien la region abdominal y se hace la anestesia general del enfermo.

1° Se introduce una sonda blanda de cauchut por el ano contra natura en cada uno de los cabos aferente y eferente del intestino. 2° En la línea media y debajo del ombligo se hace una incision mas ó menos de diez centímetros que comprenda todas las capas desde la piel hasta el peritoneo inclusive. 3° Abierta de esta manera franca la cavidad abdominal, se buscan las dos ansas intestinales que se abren en el ano, maniobra que se ha simplificado mucho por la introduccion de las dos sondas anteriormente mencionadas. 4° Se saca afuera las ansas intestinales y se las aisla sirviéndose para eso de com-

presas esterilizadas calientes. 5° Se hace la coprostasia por medio de cuatro pinzas de ramas un poco largas y flexibles para no contusionar si es posible las paredes del intestino. 6° Se secciona circularmente el intestino lo mas próximo posible de las pinzas coprostáticas que están mas cerca del ano contra natura. 7° Se secciona el mesenterio en forma de una cuña cuya base está adherida á la porcion del intestino que va á quedar excluida. 8° Se hace una sutura continua de los bordes del mesenterio. 9° Se hace con seda una sutura en jareta en cada uno de los extremos del intestino que se van á reunir, poniendo en uno de los extremos del intestino la rama macho del modelo mediano comun del boton de Murphy y la rama hembra en el otro extremo respectivamente, se mantienen fijas cada una de las mitades del boton de Murphy por medio de una pinza, se tira de los hilos para cerrar bien la sutura en jareta sobre cada mitad del boton, se anudan los hilos y se los corta. 10° Se articulan las dos mitades del boton de Murphy y se reduce el intestino asi anastomosado en la cavidad abdominal. 11° En los dos cabos de intestino adherentes al ano contra natura se invajinan los bordes de seccion, y se hace una sutura sero-serosa comun despues de la invajinacion. 12° Se reducen los dos cabos de intestino excluidos en la cavidad abdominal. 13° Se sutura en tres planos la herida de la pared abdominal. El tiempo que empleó el doctor

Gandolfo para ejecutar cada una de sus operaciones siguiendo este proceder ha sido proximamente de veinte minutos.

Parece que el profesor Gandolfo ha sido el primero en emplear el procedimiento recientemente descrito, por cuanto no lo he encontrado mencionado en ninguna de las obras que me han servido de consulta, y no he leido ninguna observacion en la cual se haya procedido de análoga manera.

Creo que se encuentran en este procedimiento con respecto á todos los otros descritos que siguen el mismo método intra-peritoneal, las siguientes ventajas:

1° La incision en la línea media garante seguramente mas la asepsia del peritoneo que cualquiera de las otras incisiones que se han empleado hasta la fecha.

En efecto por medio de esta incision se abre el peritoneo muy lejos del ano contra natura, y se tiene la seguridad puede decirse, despues de haber lavado bien con los antisepticos comunes el campo operatorio, de poder intervenir en las mejores condiciones de asepsia.

2° La precaucion de colocar una sonda blanda en cada uno de los extremos del intestino, hacen que se puedan encontrar con facilidad las ansas intestinales buscadas, evitando su confusion con las ansas vecinas, disminuyéndo por lo tanto mucho el tiempo que se necesitaria para ejecutar esa maniobra. Por otra parte se supri-

me creo con ventaja un ayudante, que entre otros cirujanos Trendelenburg aconseja de disponer para que introduzca por el ano contra natura un dedo en cada cabo del intestino á fin de hacer reconocibles las ansas.

3º La enterorrafia con el boton de Murphy en lugar de emplear cualquiera de los procedimientos de sutura intestinal conocidos, que siempre son molestos y llevan bastante tiempo, acorta mucho el tiempo que se necesitaría para efectuar la operacion, cuyo beneficio para el enfermo puede decirse que es inapreciable, por cuanto se disminuye en mucho y tal vez desaparecen las probabilidades del shock operatorio; accidente que parece no ser raro en las intervenciones del intestino cuando la operacion es un poco prolongada.

A propósito de esto recordaré lo que dice el doctor Jaennel al hablar del peligro y de la gravedad de las intervenciones sobre el intestino delgado. « Las operaciones sobre el intestino exponen tanto mas al shock cuanto mas cerca del yeyuno se hace la intervencion. La rapidez de la operacion constituye la mejor garantia contra el shock. La experiencia clínica viene á probar, que á asepsia igual, mas una operacion sobre el intestino es corta, menos es grave. »

Como el boton de Murphy ha sido usado con tan buen resultado en estas observaciones por el profesor Gandolfo, y como por otra parte creo que debe usarse especialmente cuando hay ur-

gencia de operar con rapidez, citaré algunas observaciones de cirujanos extranjeros en donde se demuestra la bondad del empleo del boton de Murphy.

En un caso de ano contra natura ha sido empleado con buen resultado por el doctor Grinda, para unir los extremos del intestino, despues de la reseccion de una parte de los cabos adherentes al ano.

El doctor Villard lo ha usado varias veces en casos de hernia estrangulada con gangrena del intestino. En esos casos ha practicado la reseccion del intestino enfermo y ha reunido sus extremos por medio de un boton tipo Murphy modificado por Villard.

En la Revista de Cirugia de Paris del año 1895, publica cuatro observaciones, todas con buen resultado: habiendose eliminado el boton á los 14, 9 y 15 dias respectivamente, menos en un caso cuya eliminacion pasó desapercibida.

Segun el doctor Villard « actualmente la enterectomia con sutura da una fuerte mortalidad. Con el boton anastomótico las dos principales causas de muerte de la enterectomía con sutura, el shock y la peritonitis, casi desaparecen.

Formula las siguientes conclusiones: 1° En la gangrena herniaria, la enterectomia con aplicacion del boton anastomótico, segun el tipo de Murphy ó cualquier otro mas ó menos modificado, parece el método de eleccion: 2° Este método hace beneficiar á los enfermos de las ven -

tajas considerables de la enterectomia sin hacerle correr los peligros del shock y de la peritonitis por filtracion que se observa en el método de las suturas. 3° Realiza en fin al máximun las condiciones deseables en una intervencion donde es necesario operar pronto, creando una anastomosis sólida. »

En la Clínica de Czerny se ha empleado el boton de Murphy en todos los casos posibles, y M. Jordan piensa que gracias á este instrumento se opera con una rapidez que no permite el método de las suturas: es asi como se puede hacer fácilmente una gastro-enterostomia en quince minutos.

En esa clínica la gastro-enterostomia con el boton de Murphy ha sido practicada en 83 casos, de los cuales 63 por cáncer del píloro y 20 por esténosis no cancerosa. La mortalidad ha sido de 12.5 %.

6° La exclusion abierta del intestino, que se practicó con tan buen resultado en ambos casos, tiene la ventaja de disminuir mucho el tiempo de la operacion.

En efecto el primero de los casos especialmente estaba tan debilitado á causa de su lesion, que hubiera sido imposible continuar la anestesia el tiempo necesario para extirpar los cabos adherentes al ano contra natura, sin hacer correr peligro de muerte al enfermo.

En ese enfermo como podrá verse en su historia, á los pocos dias de la operacion, los cabos

intestinales excluidos se invajinaron completamente y salieron al exterior haciendo hernia por el ano contra natura; la mucosa de los dos cabos del intestino se presentaba al exterior de un color rojo: esto dió lugar á que el doctor Gandolfo á los pocos dias practicára una pequeña intervencion en la cual extirpó los dos cabos y cerró el orificio del ano por una autoplastia por deslizamiento.

Por lo que se refiere á la exclusion abierta del intestino, recordaré los nombres de los cirujanos: Salzer. Eiselsberg, von Baracz, von Hacker, Caponotto, Le Dentu etc. que son los que mas han empleado este procedimiento.

Segun Le Dentu la exclusion abierta del intestino tiene el inconveniente de crear una fistula; pero cuando existe su indicacion, el cirujano tiene á mano un recurso de los mas preciosos. Establece como principio absoluto; cualquiera que sea la causa por la cual se interviene, fistula, ano contra natura, etc., la operacion ideal es la reseccion de intestino con enterorrafia, siendo las indicaciones de la exclusion abierta, las contra indicaciones de la reseccion. Aconseja la exclusion abierta en los siguientes casos: cuando el enfermo está debilitado, cuando aunque el enfermo conserve un buen estado general, es imposible practicar la reseccion de intestino por las adherencias etc. Tratándose de las fistulas la exclusion abierta es una operacion excelente, cuya gravedad no podria ser comparada á la de

la resección y cuya eficacia es superior á la de la entero-anastomosis simple.

La fistula que queda por la exclusion abierta en el tratamiento del ano contra natura del intestino delgado, no me parece un inconveniente muy grande por cuanto se la puede curar con facilidad.

En la segunda observacion que presento habia quedado una pequena fistula por donde salia un líquido claro segregado por la mucosa de los cabos intestinales excluidos; entonces el doctor Cranwell con una cureta practicó dos raspados de la mucosa intestinal, lo que fué suficiente para que cerrara por completo el ano contra natura.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

CLINICA DEL PROFESOR GANDOLFO

I.

Observacion

Ano contra natura del intestino delgado

Operado por el Dr. Gandolfo

Cura radical

Sala 1ª — Cama 24

« Enrique O.... de 29 años de edad, italiano, ingresó al servicio para ser operado de hernia inguinal doble. Se interviene en ambos lados. La hernia derecha no ofrece dificultad alguna; la izquierda presenta un epiplon grueso. Al practicar la reseccion se escapa una ligadura que da abundante hemorragia; se cohibe y liga de nuevo y se sutura. Pero sea que se escapara nuevamente ó no hubiera sido ligada se produce

una hemorragia que obliga á una intervencion de urgencia y para poder encontrar el punto que daba sangre se hace necesario prolongar la incision hácia arriba y oblicuamente en direccion al ombligo. Se infecta la herida, se produce un flemon, se abre la pared y aparece una ansa de intestino delgado, que á las veinte y cuatro horas presenta una mancha necrósica del tamaño de una moneda de dos centavos.

En pocos dias se elimina la placa y se constituyó el ano contra natura sin mayores consecuencias para el paciente. Transcurrido el tiempo necesario para la cicatrizacion de la herida y viendo que el ano no se estrechaba, se trató de cerrarlo. Se hicieron diversas tentativas aplicando el enterotomo de Dupuytren y practicando autoplastias que fraçasaron.

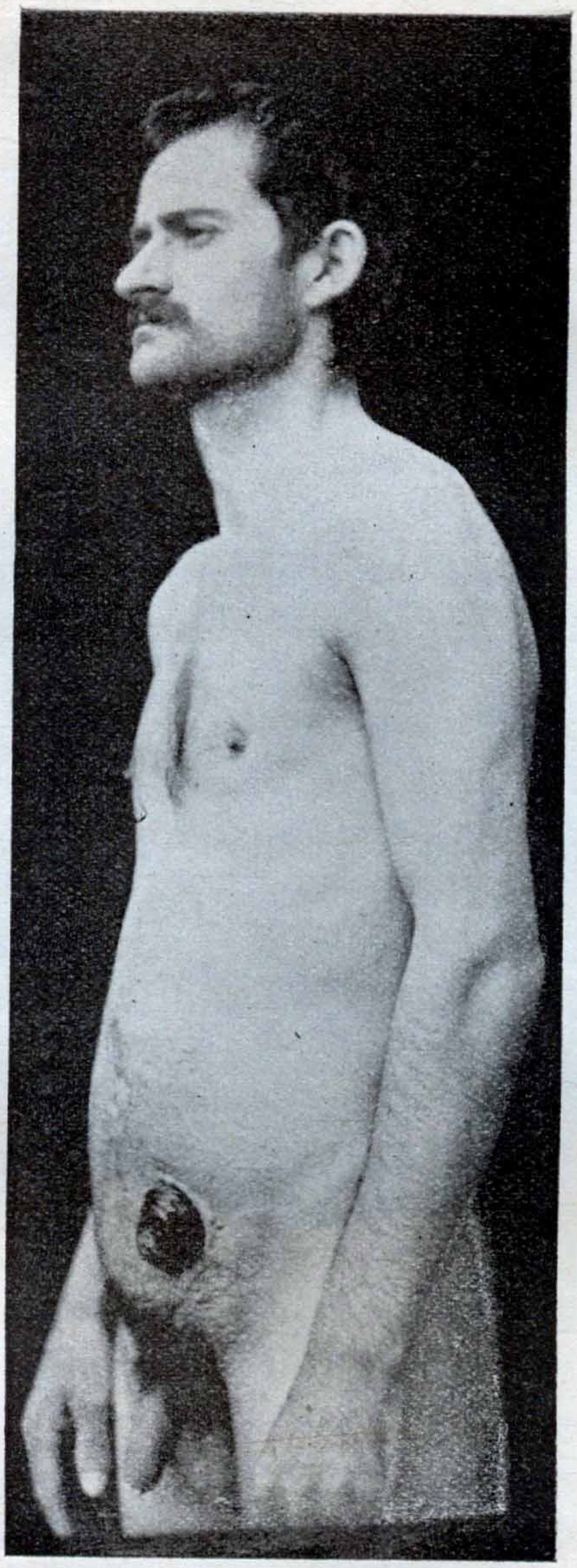
El ocho de Àbril se practica la enterorrafia. Incision en la línea media de bajo del ombligo. Abierto el peritoneo se busca las ansas intestinales, maniobra que se hace muy fácil por la introduccion prévia de dos sondas blandas por el ano contra natura. Se extraen y aislan por medio de compresas. Seccion circular del intestino lo mas próximo posible á la pared y aplicacion del boton de Murphy. Temiendo por el enfermo que se encontraba muy debilitado por una parte, y los peligros de la infeccion por otra, no extraigo los dos cabos intestinales, limitándome á suturarlos é invertirlos.

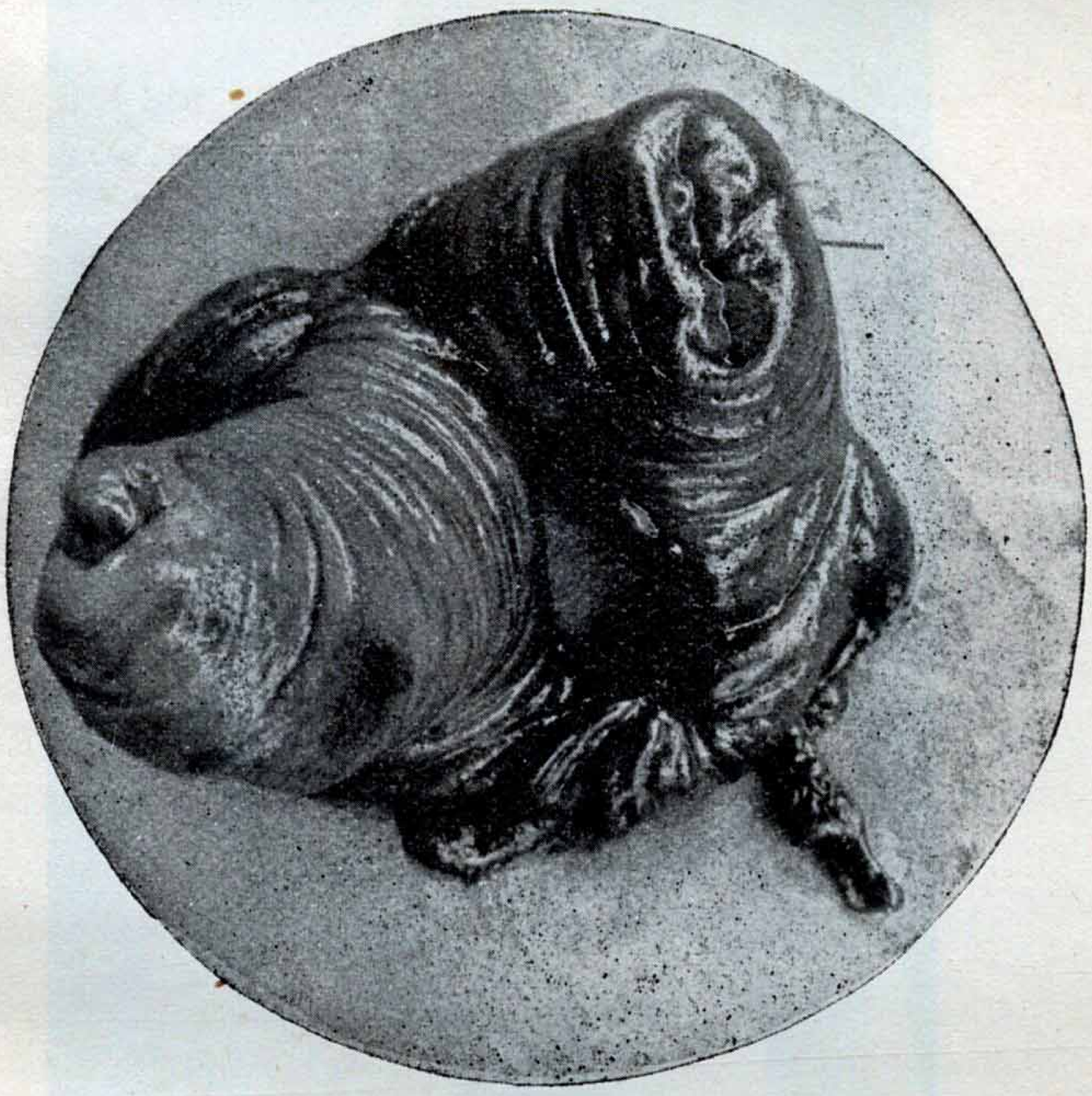
Reintegrados los intestinos á la cavidad, se

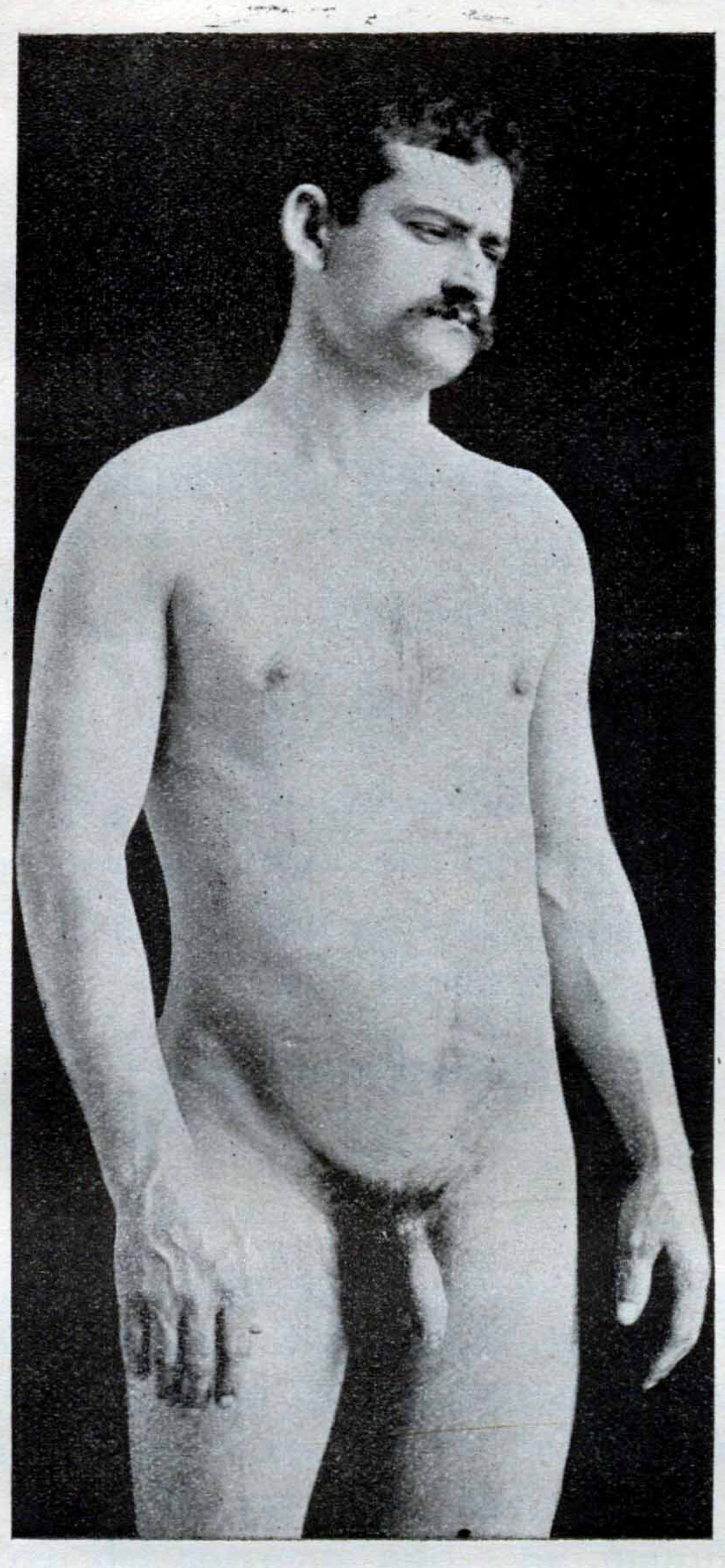
sutura. La herida se cicatriza no presentando el enfermo novedad alguna hasta el décimo dia, en que aparece la parte superior tumefacta y dolorosa. Se entreabre y dá salida á un poco de líquido de olor fecaloide. Se mantiene asi durante unos dias hasta el 15° en que el enfermo expulsa el boton de Murphy- La herida cierra completamente como se puede ver en el enfermo presente.

El dia 6 de Junio procedo á extraer el ansa intestinal excluida, la que mide 8 centímetros. La operacion no ofrece mayor dificultad. Como el orificio es un poco grande y la pared presenta resistencia para aproximar sus bordes practico una pequeña autoplastia. El enfermo sigue perfectamente.

Como el enfermo vive en la ciudad, he tenido ocasion de verlo con frecuencia despues de haber sido dado de alta en el servicio de cirugia. Actualmente sigue trabajando en su profesion de panadero, y se encuentra completamente restablecido, no siente ninguna novedad y su intestino funciona normalmente.







HOSPITAL DE CLÍNICAS

CLINICA DEL PROFESOR GANDOLFO

II.

Observacion

Ano contra natura del intestino delgado

Operado por el Dr. Gandolgo

Cura radical

Sala 2ª — Cama 21

« Juan G... argentino, de 22 años de edad, soltero, jornalero, ingresa al servicio el 25 de Abril. Refiere que su padecimiento tiene origen en una marcha de resistencia hecha como cons-
cripto desde Buenos Aires, hasta Santa Catalina en Marzo del corriente año. Se manifiesta por dolor y tumefaccion en la ingle derecha, tume-

faccion que se reducia expontaneamente. Da parte de enfermo y es conducido al Hospital Militar donde se le diagnóstica hernia inguinal y se le propone operacion de cura radical. Se rehusa y pide el alta.

Se traslada á Giles el 10 de Abril y despues de un galope de 3 leguas nota que las bolsas se le han puesto tumefactas pero sin dolor. Al dia siguiente la tumefaccion desaparece. El 13 de Abril haciendo un pequeño esfuerzo nota nuevamente la aparicion del tumor escrotal. Esta vez mas grande y doloroso. Guarda cama, sobrevienen náuseas y vómitos, el vientre se eleva, las bolsas toman una coloracion rojiza: siente fiebre, sudores y el vientre no se mueve. En ese estado llama un médico quien trata de reducir el tumor sin conseguirlo. Sigue en ese estado hasta que resuelve venir á la Capital é ingresa en el Hospital de Clínicas el 25 de Abril.

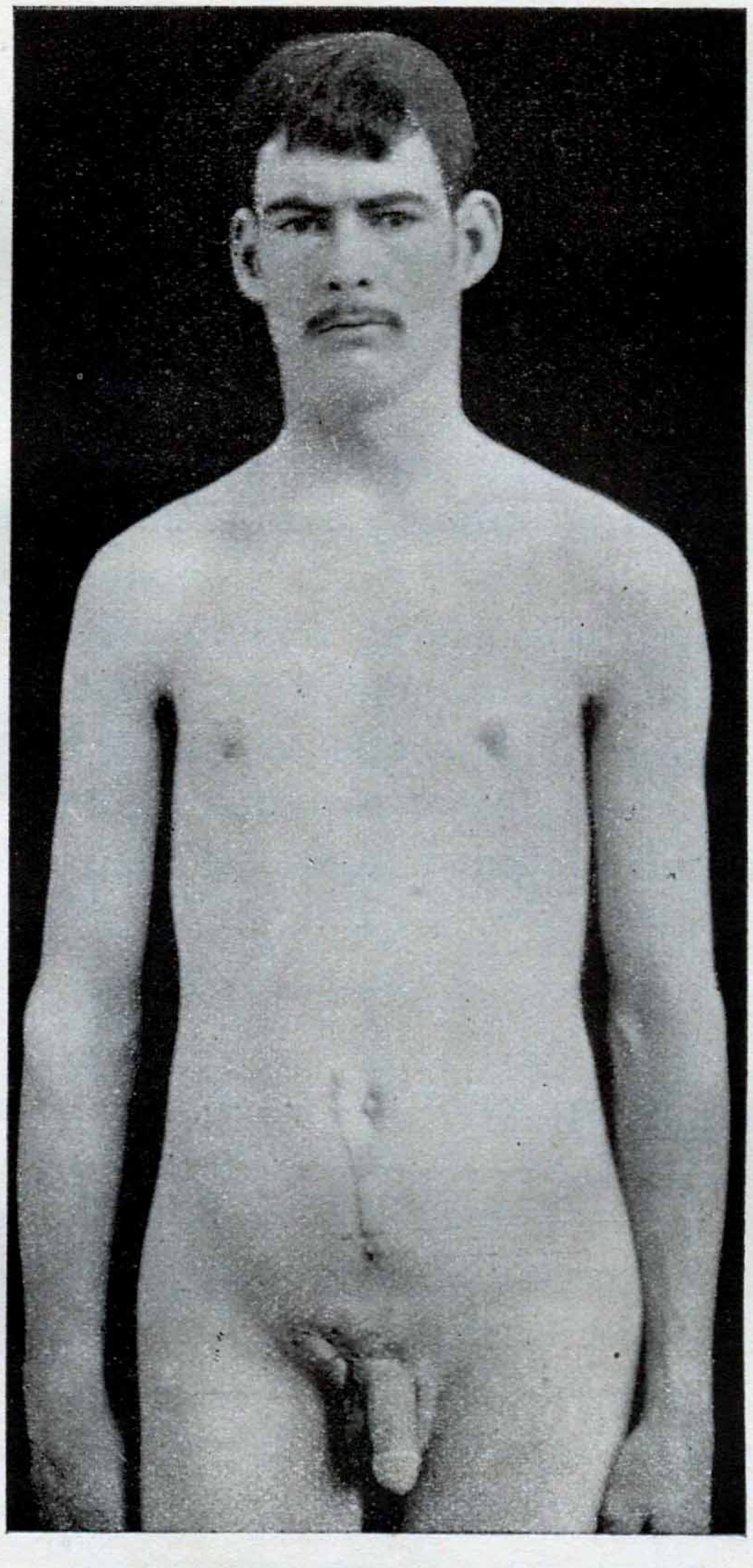
Su estado es el siguiente. Estado general malo, sumamente flaco, vientre enorme; hace dias y dias que no defeca. Fiebre alta, sudores, vómitos, pulso filiforme. En la region inguinal derecha y escroto del mismo lado un tumor voluminoso de superficie lisa, color violáceo y con un surco profundo por el que escapa líquido fétido.

Diagnóstico.—Hernia inguinal estrangulada y gangrena consecutiva. En vista de la gravedad de su estado se practica una incision profunda en la raiz de las bolsas, que da lugar á la salida del líquido fecaloideo.

Se desprende la masa gangrenada y aparecen sujetos en el anillo inguinal los extremos del intestino. Se dilata el anillo y colocado un tubo grueso en el cabo superior se evacua enorme cantidad de materias fecales. Se fijan al mismo tiempo las ansas intestinales. Desde entónces empieza á mejorar el enfermo y el 12 de Mayo se procede á la enterorrafia. Abierto el vientre y tomadas las ansas se encuentra la superior enormemente dilatada. Se hace necesario estrecharla por medio de unos puntos de sutura. Aplicado el boton de Murphy es reforzado con algunos puntos. Los cabos que van al ano contra natura son suturados é invertidos. La operacion no tiene consecuencia alguna. La herida cicatriza por primera intencion. El paciente mueve el vientre expontáneamente al 9º día y con mucho dolor. A pesar de nuestras recomendaciones se derramò el contenido de la vasija sin examinarlo. Suponemos que el boton fué expulsado esa noche, pues en los dias subsiguientes el enfermo no ha tenido novedad, y su estado general ha mejorado notablemente. »

A los pocos dias de la intervencion como los cabos intestinales excluidos continuaban segregando un líquido claro que salía por el ano

contra natura, el doctor Daniel Cranwell practicó por dos veces el raspado de la mucosa de los cabos excluidos con una cureta. La secrecion de la mucosa cesó y el ano ha cicatrizado completamente, como puede verse en la fotografia adjunta que ha sido tomada el 15 del corriente mes. Ademas el enfermo hace tiempo que ha sido dado de alta del servicio y continúa perfectamente bien.



CONCLUSIONES

1° El ano contra natura del intestino delgado, es tanto mas grave, cuanto mas arriba se encuentre situado.

2° El procedimiento de eleccion, para el tratamiento del ano contra natura del intestino delgado, se encuentra en el método intra-peritoneal.

3° El método extra-peritoneal debe reservarse únicamente para los casos benignos de ano contra natura.

VIII—24/99

J. F. RECALDE.

Agosto 25/99.

Nómbrase á los señores: Académico doctor Leopoldo Montes de Oca, Profesor Titular Dr. Julian Aguilar y Profesor Suplente doctor Pascual Palma para que constituidos en comision se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Setiembre 11/899.

Señor Decano:

Trascribo á continuacion el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Juan F. Recalde:

« En el local de la Facultad á 11 de Setiembre « de 1899 reunidos los que suscriben encargados « de dictaminar respecto de la admisibilidad de « la tésis presentada por el ex-alumno Juan « Felix Recalde que versa sobre Contribucion al « estudio de la cura radical del ano contra na- « tura resolvieron admitirla—Con lo que termi- « nó el acto.—Firmados: Leopoldo Montes de « Oca.—Pascual Palma.—Zenon Aguilar. »

Luis M. Acuña

Setiembre 10/899.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresion debiendo fijarse por Secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El ano contra natura del intestino delgado requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia.

II

La enterorrafia circular con empleo del boton de Murphy y la exclusion abierta del intestino, dá buenos resultados en el tratamiento del ano contra natura del intestino delgado.

III

Importancia del pulso para el pronóstico en los tifoides.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El año contra natura del intestino delgado requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia.

II

La enteroanastomía circular con empleo del botón de Murphy y la exclusión abierta del intestino, dan buenos resultados en el tratamiento del año contra natura del intestino delgado.

III

Importancia del pulso para el pronóstico en los ulcéres.

BIBLIOGRAFIA

Le Dentu y Delbet, Traité de Chirurgie—8° t.
J, Greit Smiht, Chirurgie Abdominale
Chaput, Operation sur l'intestin
Jaennel, Chirurgie de l'intestin
Reclus, Pathologie externe
V. Chalot, Chirurgie
Poulet y Bousquet. Pathologie externe
M. Gangolphe, Revue de Chirurgie—1896
Grinda, Boulletines et Memoires de la Societe de Chirurgie de Paris—1897
Le Dentu, Semaine Medicale—1895
Morton, Britsh Medical Journal—1895
M. Villard, Revue de Chirurgie—1895
Gandolfo, Revista de la Sociedad Médica Argentina—1899.