Año 1903 N° 1408

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL RECTO

Y

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL SABELLI

Ex-practicante del Hospital Italiano — 1899 — 1902
Ex-practicantede la Asistencia Pública — 1900 — 1901

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1903

Año 1903 N° 1408

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CANCER DEL RECTO

Y

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL SABELLI

Ex-practicante del Hospital Italiano — 1899 — 1902
Ex-practicantede la Asistencia Pública — 1900 — 1901

«LAS CIENCIAS»
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSE 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 LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD
» EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr.	Pedro Lacayera
Física Médica...	»	Jaime R. Costa
Química Médica.....	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica.	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina.....	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica.....	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva.....	»	Juan José Naon
Patología General y Ejercicios clínicos.....	»	Roberto Wernicke
Anatomia Topográfica.....	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado
Anatomia Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología.....	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa.....	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria.....	»	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica...	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica.....	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica.....	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica.....	»	Julian Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejia
Clínica Médica	»	Luis Güemes
« »	»	Francisco Sicardi
Clínica Oftalmológica.....	»	Pedro Lagleyze
Patología Interna...	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal.....	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica.....	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica.....	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica.....	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica.....	»	Manuel Blancas
» Médica.....	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias.....	»	Federico Texo
» Psiquiátrica.....	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica.....	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomia Descriptiva	»	Juan D. Piñero. Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez (en ejercicio) Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Aluralde
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bactereología	»	Juan C. Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacaete
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto (en ejercicio) Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo (en ejercicio) Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri (en ejercicio)
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud.
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica		Facundo Larguia Antonio F. Piñero.
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari José T. Borda
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....	Dr.	ADOLFO MUGICA
Química inorgánica aplicada.....	»	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	PEDEO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	»	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	»	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica.....	»	ATANACIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas.....	»	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia...		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia..		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)..		VACANTE
Higiene		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. M. Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr.	LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía. Fisiología, Patología.....	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MANUEL BLANCAS

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

A MIS HERMANOS

Señores académicos:

Señores profesores:

El trabajo inaugural, que someto á vuestra consideración, versa sobre tratamiento del cáncer del recto y consta además de varios capítulos en los cuales he tratado de reunir en forma concisa las observaciones é ideas modernas más autorizadas sobre su etiología, anatomía patológica, sintomatología y diagnóstico.

He creído de interés la elección de este tema ante los halagadores resultados que ha conseguido el Dr. Cranwell en los casos operados por la vía perineal metódicamente, según el procedimiento de Quenu, el que por ser el más fácil y el que menos peligros ofrece para el enfermo, no ha de tardar en gozar del favor de los cirujanos. Al felicitar al Doctor Cranwell por el brillante éxito operatorio, me complazco en manifestarle mi agradecimiento por haberme guiado en este trabajo.

Cumplo con el deber, al abandonar las aulas universitarias, de expresar los vivos sentimientos de cariño y respeto que me animan hácia los profesores que con sus sabias lecciones, sus elevados consejos, su digno ejemplo, han contribuído á formar mi educación médica.

Hago presente igualmente mi profundo agradecimiento al Dr. Domingo Sasso, jefe del servicio de cirugía del Hospital Italiano, al Dr. Carlos Niseggi, médico ayudante del mismo servicio y al Dr. A. Rebaudi, jefe de la sección venéreo-sifilítica, por los muchos conocimientos que adquirí á su lado durante mi internado en dicho Hospital.

Al distinguido académico Dr. Manuel Blancas mi reconocimiento sincero por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto solemne.

Etiologia

No es rara la localización del cáncer en la última porción del intestino grueso. Así lo ha comprobado Quenu al comparar su frecuencia con las demás localizaciones cancerosas; sus estadísticas, como las de Ball y de Williams, concuerdan en establecer la proporción de 80 cánceres del recto por 100 cánceres intestinales.

Leichtenstern observó durante 12 años en un hospital de Viena 4567 casos de cánceres, de los cuales 178 pertenecían al intestino y 147 al recto, resultando la misma relación de 80 por 100.

Casi todos los autores hacen también constar su frecuencia comparativamente con la del cancer en general (3 por 100).

Allingham compara su frecuencia con las de-

más afecciones del mismo órgano, (2, 6 por 100) habiéndola observado 105 veces sobre 4000 enfermos.

Edad. Es en la segunda mitad de la vida, especialmente de los 40 á 60 años, que aparece más á menudo el cancer del recto. Sin embargo, no es exclusivo del adulto, pues su presencia en los jóvenes ha sido señalada por los autores. Recordamos las observaciones de Quenu (21, 28 y 29 años), de Gross (22 años), de Czesch (18 años), de Heuch (19 años), de Czerny (13 años).

Su presencia antes de los 12 años no ha sido aún señalada.

Sexo. La proporción de enfermos atacados por el cancer del recto es incontestablemente más grande en el hombre que en la mujer (66 por 100), según Quenu, Bryant y Stierlin.

En la tesis de Finet se citan 353 casos observados, de los cuales 224 en hombres. 127 en mujeres, es decir, una relación casi semejante, 63 por 100.

En el hombre el neoplasma es generalmente primitivo, en la mujer secundario, debido á la propagación de un tumor de la misma naturaleza, que tiene sus raices en el cuello uterino.

Herencia. Su influencia en la producción del cancer, aún cuando actualmente no está bien determinada y algunos la niegan en absoluto, no podemos desconocerla, habiéndola comprobado

Heuck, en 46 por 100 de los casos, Czesch, Kronlein y Loninsohn en 11 por 100.

Influencias locales. Su rol parece mejor establecido.

Los traumatismos, el abuso de purgantes y de bebidas alcohólicas, ciertas enfermedades como los hemorroides y la constipación crónica, son todos antecedentes que vemos figurar comunmente en la historia de estos enfermos.

Es sabido qne los alemanes atribuyen en gran parte el desarrollo extraordinario del cancer en Baviera al enorme consumo de cerveza.

Es que la teoría de la irritación de Volhmann reviste tanta importancia en este caso, cuanta por la que se le dió en la producción del cancer de la lengua y del estómago.

Este factor de la irritación prolongada y del traumatismo en la predisposición al cancer, es un hecho de la mayor importancia: no es extraño, pues. que algunos autores hayan llegado á considerarlo como la verdadera causa del neoplasma.

Sin embargo, nosotros, de acuerdo con las ideas modernas, creemos que tanto la irritación como el traumatismo, no tienen nada de específico y que solamente predisponen al cancer, disminuyendo la resistencia de los tejidos.

La frecuencia del cancer del recto relativamente á la del intestino, indujo á Gérard Marchant á buscar una explicación de ese hecho en la extasis

que sufren las materias fecales en ese punto por un tiempo más ó menos prolongado.

Kristen hace notar la frecuencia de la tuberculosis en los antecedentes de los cancerosos (26 por 100).

Anatomía patológica

A Lisfranc pertenece el honor de haber iniciado el estudio de la anatomía patológica del cancer del recto, que hasta entonces había sido confundido con las demás afecciones de esa porción del intestino.

Muchos investigadores siguieron más tarde sus huellas; entre ellos citamos á Quenu, por ser el que más ha contribuído en estos últimos años á completar de una manera brillante los conocimientos sobre esa afección.

CARACTÉRES MACROSCÓPICOS

Asiento—Quenu, con el fin de establecer tipos en relación con las indicaciones operatorias y la elección del procedimiento á emplear, propone la clasificación siguiente :

I.—Tipo bajo, cancer anal, desarrollado en la región esfinteriana.

II.—Tipo medio, cancer de la ampolla ó infra-peritoneal, extendiéndose del elevador del ano al peritoneo.

III.—Tipo alto, cancer supra-ampollar ó recto sigmoide, encontrándose sobre la parte peritoneal del recto é invadiendo más ó menos la parte inferior del colón pelviano.

IV.—Tipo de invasión total, representado por los casos en que toda ó casi toda la extensión del recto está atacada, desde el ano hasta 12 ó 15 cent. arriba.

La variedad más común es, según la mayor parte de los autores, el cancer de la ampolla (45 ó 50 por 100).

El tipo alto y el bajo aparecen en número casi igual.

Extensión. Varía según la evolución más ó menos grande alcanzada por el neoplasma; la extensión en longitud puede ser de 3 á 15 cent. y más aún (tipo de invasión total).

Stierlin consideraba la forma anular como la más frecuente (70 por 100). Quenu la cree rara y es de opinión que el tumor se localiza especialmente en una de las paredes del recto, anterior ó posterior y que á veces su desarrollo se efectúa en sentido horizontal, adquiriendo la forma semilunar y más tarde la anular.

Forma y aspecto. Allingham, Cripps y otros autores ingleses, describen una forma tuberosa, una laminar y una tercera anular.

Pareciéndonos supérfluo hacer de la forma anular un tipo distinto, pues ciertas formas parciales en su iniciación acaban por ser anulares, hemos adoptado la siguiente clasificación, propuesta por Quenu:

I. Forma circunscrita ó vegetante.

II. Forma infiltrada ó difusa.

Forma circunscrita. Cuando se examina en el período preulceroso, lo que sucede raramente, el neoplasma está constituído por un tumor de consistencia dura, mal limitado en la periferia y del tamaño de una nuez ó de un huevo de paloma.

Más comun es observarlo cuando la mucosa ha sido invadida y la ulceración se ha producido.

El tumor aparece entonces bajo forma de un crater irregular, de fondo negruzco y reborde indurado que limita bien la parte sana de la enferma. (Observación 1ª).

El fondo no tarda en cubrirse de pequeñas y numerosas granulaciones que llegan á adquirir paulatinamente el aspecto de coliflores, que obstruyen casi por completo la luz del intestino. (Observ. 2ª). Sangran fácilmente al contacto del dedo y su superficie aparece cubierta de una secreción saniosa y fétida, que es causa de eritemas y molesta sumamente al enfermo.

Forma infiltrada. No se nota tumor, sino que las paredes del recto, supurantes, se han transformado en un cilindro extrecho, de paredes rígidas, á veces lisas, á veces llenas de fisuras. Puede ulcerarse, pero en el fondo de estas ulceraciones no surgen los inmensos brotes de la forma anterior, sino una gran cantidad de pequeñas granulaciones.

Evolución. Como en todo epitelioma, ella se efectúa por propagación local ó por generalización.

1º. Por propagación local. En la mujer el útero y la pared recto-vaginal son frecuentemente atacados; la formación de fístulas recto vaginales da lugar á la existencia de una verdadera cloaca, por donde salen las materias fecales.

En el hombre, la invasión á la próstata (Observación 2ª), puede verificarse lo mismo que á la vejiga y á las uretras, aunque raramente, por la defensa que les hace la aponeurosis prostato-peritoneal.

Leube cita un caso de hidronefrosis por compresión de los ureteres.

Raro es el caso que se produzca una irrupción de materias fecales en el peritoneo á causa de una perforación, pues préviamente se han formado adherencias que lo protegen.

Se ha observado su propagación á los huesos, más especialmente al sacro y al coxis

Smith señala un caso en que un trayecto fistuloso reunía el recto con la articulación coxo-femoral,

Generalización. Comunmente el epitelioma acaba con la vida del enfermo antes de que haya repercutido en otros órganos; sin embargo, se lo ha visto reproducirse en el hígado, en los pulmones, en la pleura, en los riñones, en el sistema oseo (Hochenegg) y en el peritoneo.

Infección ganglionar. La infección de los ganglios es frecuente; Hildebrand la encontró en la mitad por lo menos de los enfermos.

Las adenopatías inguinales acompañan con especialidad á los epitelomas pavimentosos ó anales.

En el cancer de la ampolla, los ganglios situados entre el recto y la cara anterior del sacro son los más frecuentemente afectados. (Observ. 2ª).

Los ganglios laterales son raras veces atacados y muy tardiamente.

Han sido señalados casos de adenopatía á distancia; Ball en la región axilar, Rousseau en el hueso supra-clavicular.

CARACTÉRES HISTOLÓGICOS

El cancer epitelial del recto comprende tres variedades:

a) Epitelioma cilíndrico.
b) » pavimentoso.
c) » coloide, designado por Quenu con

el nombre de epitelioma de células mucosas.

El epitelioma pavimentoso se desarrolla en la región anal, en la cual el epitelio es normalmente pavimentoso; sin embargo, el epitelio rectal, cilíndrico, puede transformarse á consecuencia de procesos inflamatorios crónicos en epitelio pavimentoso y dar lugar á su vez á un epitelioma pavimentoso. Puede ser tubulado ó lobulado.

El epitelio cilíndrico que pertenece á la mucosa del recto, se presenta bajo dos aspectos diferentes:

I. *Epitelioma típico-glandular*, constituído por la proliferación del epitelio en el interior de las glándulas tubulares del recto: de ahí el nombre de carcinoma adenomatoso de Hauser.

Quenu y Landel se han dedicado á investigar en qué consiste la diferencia fundamental entre estos epiteliomas y los adenomas verdaderos, llegando á establecer que las particularidades que caracterizan más especialmente á los epiteliomas son la irregularidad de las células, el menor número de células mucíparas, la multiplicación más rápida y abundante de los núcleos y por último la hipertrofia de los núcleos y de la substancia cromática.

La destrucción de la substancia basilar, que permite la irrrupción de las células epiteliales en el tejido conjuntivo, es un signo de malignidad que sólo pertenece á los epiteliomas.

II. *Epitelioma atípico ó carcinoma verdadero*,

en que las células epiteliales contenidas en los alveolos no son regularmente cilíndricas sino, por el contrario, atípicas, de formas y dimensiones muy variadas.

Si las células epiteliales son en número exíguo y el tejido conjuntivo es abudante, el tumor se presenta de consistencia dura y su evolución es lenta con poca tendencia á generalizarse: es la variedad de escirro.

Si las células epiteliales son abundantes y el tejido conjuntivo poco desarrollado, el tumor es blando y de marcha rápida: es la variedad encefaloides.

III *Epitelioma llamado coloide,* cuyas células han experimentado una transformación mucosa especial, hasta ahora mal conocida y designada con el nombre de degeneración coloide. Quenu y Landel, que la han estudiado profundamente, afirman que debe ser considerada como una variedad especial, no siendo las células mucosas células de regresión.

Sintomatología

Período inicial. La enfermedad se inicia con síntomas tan obscuros que raras veces la atención del paciente se dirige hacia el órgano realmente afectado: son digestiones lentas y penosas, largos períodos de constipación que alternan con períodos de diarrea, repugnancia para cierta clase de alimentos, en fin, manifestaciones dispépticas, acompañadas de lento enflaquecimiento y decrecimiento de fuerzas.

Sobrevienen luego ciertos signos funcionales del lado del recto, que empiezan á preocupar al enfermo: sensación de pesadez en la región anal y en el hipogastrio, dolores más ó menos vivos, dificultad para la defecación y sobre todo las hemorragias.

Las hemorragias se manifiestan diferentemente según los casos: á veces son bruscas, abundantes, de color rojo como las pérdidas de sangre de los hemorroidarios, á veces están reducidas á

pocas gotas que salen mezcladas con las materias fecales y son de coloración negruzca.

La interpretación de estas hemorragias iniciales es difícil; ella corresponde á un período en que la ulceración es poco acentuada ó aún no existe. Quizás, como opina Quenu, tengan un rol importante en su producción las ectasias venosas ó los hemorroides secundarios (pericancerosos ó subyacentes) que acompañan á los neoplasmas rectales.

Marchant describe ciertas sensaciones anormales que experimentan los enfermos al nivel del ano y que son causa de verdaderos sufrimientos: especie de insensibilidad de la región esfinteriana que no les permite distinguir las materias sólidas de los gases, y además una sensación de cuerpo extraño que provoca un deseo vivo de defecar, sin que los esfuerzos, por violentos y reiterados que sean, logren satisfacerlo.

En un enfermo examinado por Quenu, los primeros síntomas fueron crisis hemorroidarias con turgescencia, procidencia y dolores agudos al ano, verdaderas *poussée* de flebitis producidas por hemorroides sintomáticos adyacentes á un carcinoma del recto.

Lo más común es observar desde los comienzos de la enfermedad una constipación persistente (observ. 1ª) acompañada de fuertes dolores en el hipogastrio; los períodos de constipación son se-

guidos de diarreas tenaces pero breves, verdaderas *debâcles*, en que las materias fecales salen entremezcladas con sangre y mucosidades. Esta constipación puede llegar á ser tan acentuada que haga creer al médico en una amenaza de oclusión intestinal.

Gérard Marchant describe una forma latente, en la cual ningún síntoma, aún leve, aparece como manifestación de la presencia del neoplasma. El enfermo pierde el apetito y toda fuerza de voluntad, enflaquece lentamente; se le considera un neurasténico hasta que la aparición de un síntoma positivo permite determinar la causa.

Período de estado El neoplasma se ulcera y se propaga á los órganos vecinos; los signos funcionales se agravan. El dolor, á veces continuo, á veces intermitente, se hace insoportable. En algunos casos, existe una sensación de desgarradura y un ardor atroz localizado en la porción inferior del recto, de donde con frecuencia irradia á la vejiga, á los órganos genitales y hasta á la fosa ilíaca izquierda ó á los miembros inferiores. Estos fenómenos dolorosos son debidos en parte á la rectitis crónica concomitante, en parte á la infiltración neoplásica del tejido celular perirectal, que se entiende á los órganos vecinos y á las ramas del plexo sacro.

La constipación aumenta y se hace rebelde á todo tratamiento y á cuantos purgantes y enemas

se administre el enfermo por su cuenta. Las *debâcles* aparecen más á menudo y los derrames están constituídos no solamente por las materias fecales y la sangre, sino por pus espeso y por gran cantidad de materias orgánicas esfaceladas, semejantes á las que se desprenden del cuello uterino atacado de epitelioma.

A qué deben atribuirse estas *debâcles?* Algunos autores opinan que ellas son debidas al despertamiento de la contractilidad de las paredes intestinales, causado por las materias fecales acumuladas por encima de la estrechez. Otros piensan que son producidas por un reblandecimiento de la masa cancerosa.

Todos los fenómenos que acabamos de exponer traen, como se comprende, graves perturbaciones en el estado general del sujeto. Los dolores, el insomnio, las pérdidas abundantes, las preocupaciones morales acaban por aumentar su enflaquecimiento y por agotar sus fuerzas; sobrevienen los vómitos, los edemas, las escaras sacras. A los productos tóxicos absorbidos á través de la úlcera cancerosa, se atribuye ese tinte amarillento pajizo, tan característico de los cancerosos, y á la abundancia y repetición de las hemorragias, la palidez y sequedad de su piel.

En ese lamentable estado, el enfermo desea vivamente la muerte, y no es raro que, en un acceso de desesperación, recurra al suicidio.

Diagnóstico

En el período inicial de la enfermedad, los errores de diagnóstico son frecuentes, por la vaguedad de los síntomas con que aparece. Creemos sin embargo, que pocas veces el tumor pasaría desapercibido si el médico, ante un enfermo que padece de perturbaciones intestinales (sobre todo hemorragias), resolviera practicar constantemente el tacto rectal, único medio seguro de comprobar la presencia del neoplasma en el recto. Esta práctica es de la mayor importancia, pues el éxito de la intervención está ligado en gran parte al conocimiento precoz de la afección, cuya tendencia es propagarse en breve tiempo á los órganos vecinos y lejanos. Esta exploración debe ser hecha con mucha suavidad, no sólo porque es penosa, sino porque el dedo introducido en una estrechez

cancerosa puede perforar las paredes, peligro sobre el cual insistía Nelatón al comprobar el cambio de dirección que imprimen al recto estos tumores.

Los resultados de la exploración digital son diferentes según que el tumor resida al nivel del ano, al nivel de la ampolla ó más arriba.

Cáncer anal. Cuando el tumor ha invadido la margen del ano, se diagnostica fácilmente por la simple inspección; su superficie es irregular, sangra al contacto del dedo y segrega una substancia fétida (observ. 2ª) Estas vegetaciones, que reposan sobre una base indurada, no pueden confundirse con los hemorroides, que son blandos, reductibles y revestidos por una mucosa lisa; un error podría cometerse en caso de hemorroides trombosados, pero estas trómbosis ó flebitis son dolorosas y su consistencia menos marcada.

Las úlceras tuberculosas. sifilíticas, etc., no reposan sobre una superficie indurada y no se las puede confundir por consiguiente con las úlceras epiteliales.

Si el neoplasma tiene su asiento en el canal del ano, se percibe por el tacto una masa dura, ulcerada.

El chancro sifilítico es también de consistencia dura, pero su superficie es más regular, su evolución es rápida y pronto sobrevienen signos de infección secundaria.

El pólipo del recto es blando, pediculado y no descansa sobre una base infiltrada.

Cáncer de la ampolla. Las sensaciones percibidas por el tacto serán diferentes, según la naturaleza del tumor.

En la forma circunscripta se nota una saliencia más ó menos grande. reposando sobre una base infiltrada; el calibre del canal está muy reducido á este nivel y á través de la mucosa sana y móvil se perciben al tacto pequeños núcleos duros diseminados en la submucosa, núcleos cancerosos, cuya constatación es de importancia para que la intervención operatoria sea lo más amplia posible y los elimine completamente.

Cuando el neoplasma es voluminoso, el dedo logra con mucha dificultad encontrar el canal en medio de esa masa irregular y anfractuosa y entre los numerosos fondos de saco que se forman.

En la forma difusa, el cáncer se confunde con ciertas estrecheces del recto; sin embargo, mientras en el cáncer la superficie se presenta casi siempre cubierta de abolladuras y las paredes son de una dureza tan marcada que á través de ellas difícilmente se perciben por el tacto los órganos vecinos, la próstata, el coxis, etc., en las estrecheces simples, por el contrario, las paredes son más lisas, menos infiltradas, su evolución es lenta y su influencia sobre el estado general del sujeto poco acentuada.

Hacemos constar que el error es posible en la variedad coloide y que á menudo simulan la estrechez inflamatoria.

Las estrecheces llamadas cicatriciales y que son el resultado de heridas, desgarraduras, excisión de fístulas. extirpación de pequeños tumores y hemorroides, etc., serán reconocidas por los conmemorativos.

En fin, creemos útil recordar que ciertos tumores de vecindad pueden á veces hacer saliencia en el recto y estrechar su luz, simulando neoplasmas desarrollados en el espesor de las paredes. por ej.: la hipertrofia de la próstata, el útero en retroversión ó en retroflexión.

Cruveilhier tomó por cáncer del recto al cuello del útero que se había introducido en el canal á través de una perforación de la pared recto vaginal. Para evitar estos errores, es conveniente practicar en todos los casos el tacto vaginal.

Cáncer recto sigmoide. La exploración digital en los casos en que el tumor esté situado muy arriba es insuficiente por sí sola; debe ir combinada con la palpación abdominal. Por ese medio se han podido diagnosticar tumores situados á 13 ó 14 cents. por encima del orificio anal.

La rectoscopia y la palpación de la fosa ilíaca izquierda son para esos casos elementos precisos de diagnóstico.

Una vez comprobada la existencia del tumor,

el cirujano ha de investigar otros hechos no menos importantes: el grado de extensión del tumor y su movilidad. Si alguna duda concibiera sobre la eficacia de su investigación por los medios citados, puede previamente proceder á la laparatomia exploradora.

Pronóstico

Es grave como el de todo cancer en general. Si el tumor es móvil y su extensión limitada, se puede confiar en que el resultado de la intervención quirúrgica ha de ser satisfactorio; si está fijo y se ha propagado á los órganos de vecindad, el pronóstico es fatal en un lapso de tiempo más ó menos largo.

La forma encefaloide es sumamente maligna por su evolución rápida; el escirro se desarrolla con cierta lentitud, pudiendo prolongarse por el espacio de dos y aún tres años.

Tratamiento

Tratamiento médico—En los cánceres inoperables el médico debe poner en práctica una medicación sintomática que alivie los horribles sufrimientos de los enfermos, sostenga sus fuerzas y evite posiblemente las complicaciones locales.

Emplearemos los enemas oleosos ó los supositorios con el fin de facilitar las deyecciones; los lavages antisépticos (permanganato de potasio, agua oxigenada al tercis, etc.), para combatir contra las infecciones; las inyecciones de morfina, las pomadas cocainadas ó las de belladona para calmar los dolores.

Las hemorragias se consiguen contener por medio de enemas muy calientes ó muy frios, que producen la vaso-constricción.

Se prescribirán los tónicos, el arsénico y una alimentación reconstituyente.

Tratamiento quirúrgico—Según los casos este tratamiento será paliativo ó curativo.

Antes de describir los principales procedimientos operatorios que se han empleado para combatir á tan grave afección, creemos conveniente indicar cuáles son los casos en que el tumor puede ser extirpado, cuáles son aquellos en que hay que recurrir simplemente al tratamiento paliativo.

Hasta hace pocos años se consideraba inextirpable todo cancer situado por encima del fondo del saco peritoneal, pues la abertura del peritoneo se juzgaba sumamente peligrosa. Actualmente este temor ha desaparecido merced á la antisepsia.

Nuestra única preocupación debe ser de comprobar con precisión la movilidad de las paredes del recto, es decir, si se han formado adherencias con los órganos adyacentes, tales como la prostata, la vejiga, la vagina y el cuello uterino; comprobar además si hay metástasis y si el estado general del individuo es satisfactorio.

Uno de los enfermos operados por el Doctor Cranwell presentaba el neoplasma con propagación á la próstata, y en vista del buen estado general, se le practicó la amputación total del recto y parcial de la próstata. El enfermo mejoró visiblemente, aunque después de cuatro meses ha habido recidiva.

La invasión del cancer á la vejiga constituye una contraindicación absoluta.

Grave debe considerarse la intervención en los casos en que están afectados los gánglios inguinales, los sacros ó los laterales pues aunque sean extirpados totalmente, pueden subsistir vías linfáticas infectadas, que más tarde sean causa de recidiva.

Tratamiento paliativo—Es un buen recurso en los casos de contraindicación para extirpar el cancer, pues influye moralmente sobre el estado general del sujeto y permite luchar ventajosamente contra algunas complicaciones, la obstrucción intestinal, las diarreas profusas, las hemorragias, los dolores.

El verdadero tratamiento paliativo es la colostomia iliaca; recordaremos además la rectotomía linear preconizada por Verneuil en 1874 y el curetage, actualmente poco usado.

La rectotomía consiste en seccionar en la línea media posterior todos los tejidos hasta el coxis. Los resultados inmediatos son satisfactorios, pero el canal no tarda en obstruirse nuevamente por la acumulación de las vegetaciones.

El curetage se practica con una cureta cortante que arranca las vegetaciones como en el cancer del útero.

Esmarck la hace seguir de una cauterización al termocauterio.

Numerosos son los procedimientos para efectuar la colostomía iliaca. No nos detendremos á describir ninguno de ellos; recordamos que Grey Smith al aconsejar el de Reclus, por ser el más sencillo y eficaz, añade: «todos los procedimientos deben ser igualmente familiares al cirujano; él debe medir las ventajas de cada uno de ellos aplicado al caso en cuestión, de modo que el enfermo beneficie de la experiencia del cirujano».

El ano artificial evita el roce contínuo de las materias fecales sobre el neoplasma ulcerado, elimina los inconvenientes de la coprostasis, suprime á menudo las diarreas y permite luchar eficazmente contra la infección.

Tratamiento curativo—Cualquiera que sea el procedimiento que se emplee para extirpar el neoplasma del recto, es necesario efectuar previamente la desinfección completa de esa porción del intestino.

El Dr. Cranwell practicó veinte días antes de la operación una colostomía iliaca en dos tiempos. Durante los diez días anteriores á la operación, ordenó dieta lactea y varios purgantes. Al mismo tiempo hizo practicar amplios lavages del recto con una solución de agua oxigenada al tercio.

El ano iliaco previo, constituye una práctica útil, no solamente por las ventajas que ya hemos mencionado, si no porque si las circunstancias lo exigen, puede quedar definitivamente.

Para extirpar el tumor, los cirujanos proceden diferentemente, según su asiento:

1°. Por las vías naturales;

2°. Por la vía transvaginal;

3°. Por la vía abdomino perineal ó abdomino sacra;

4°. Por la vía sacra;

5°. Por la vía perineal.

Extirpación por las vías naturales.—Es un procedimiento que únicamente conviene á una categoría de pequeños cánceres limitados, móviles, situados en la vecindad del ano; pero que debe de rechazarse cuando hay infiltración profunda de las paredes ó se sospecha que los ganglios estan afectados.

Hartmann ha propuesto el siguiente método operatorio:

1°. Dilatación del ano;

2°. Sección circular del recto debajo del neoplasma;

3°. Descenso del colgajo superior disecado y sección por encima del anillo neoplásico;

4°. Fijación del colgajo superior invaginado á la piel de la márgen del ano.

Vía transvaginal.—Ha sido practicada con buen éxito por muchos cirujanos. Gersuny opina que la incisión de la pared recto-vaginal da un ámplio acceso que permite extirpar fácilmente los ganglios y el tejido celular perirectal.

Vía abdómino perineal o abdómino-sacra.—Ha sido practicada por primera vez por Gautier en 1896, para extirpar un cancer recto-sigmoide. Quenu perfeccionó ese método, realizando la mayor asepsia y la hemostasia perfecta.

La mortalidad es aún elevada (50 por 100), siendo mayor en el hombre, por ser mayores en él los peligros de infección (pelvis más estrecha que en la mujer, adherencia de la próstata, etc.).

Vía sacra.—En el año 1885, un cirujano alemán, Kraske, propuso en un Congreso de cirujía un nuevo método para la ablación de tumores situados muy arriba, seccionando una porción del hueso sacro. He aquí como procede:

Practica una incisión mediana que empieza á una distancia de casi tres centímetros detrás del ano y termina á la mitad de la cara posterior del sacro; á esta incisión puede añadirse otra transversal con el fin de agrandar el campo operatorio. Reseca el coxis y desinserta los ligamentos sacrociáticos; si los límites operatorios son aún estrechos, procede á la resección del sacro. Kraske resecaba la porción izquierda de este hueso, siguiendo una línea curva que partía del borde inferior del tercer orificio sacro izquierdo y terminaba al nivel del cuerno izquierdo del sacro.

Algunos cirujanos como Zuckerkandl y Wölfler, juzgando muy ámplia esta resección, trazaron incisiones parasacras, partiendo de la espina iliaca

infero posterior; incindian músculos y ligamentos en todo el largo del borde izquierdo del sacro. Zuckerkandl terminaba su incisión en la cavidad isquio-rectal, Wölfler llegaba hasta el periné (incisión sacro perineal).

Otros cirujanos por el contrario, creyeron conveniente extender los límites de las secciones oseas. Citaremos algunas de las principales modificaciones:

Hochenegg hacía una incisión curva muy ámplia sobre la cara posterior del sacro, desde el borde inferior del tercer orificio sacro izquierdo, como hacía Kraske, hasta el cuerno derecho del sacro.

Bardenheuer seccionaba transversalmente el sacro inmediatamente debajo del tercer orificio sacro.

Rose llegaba hasta el segundo orificio, reuniendo luego por una incisión transversal los bordes superiores de las grandes escotaduras ciáticas y resecando toda la porción del sacro situada por debajo.

Teniendo en cuenta los graves inconvenientes que traen estas intervenciones, algunos cirujanos como Heinecke, Lévy, Billroth. etc., propusieron reemplazar esas resecciones definitivas por resecciones temporarias; sus procedimientos largos y complicados no se emplean actualmente.

Vía perineal

Fué Lisfranc, que en 1876 dió á conocer este importante procedimiento. El efectuaba á una distancia variable del ano, dos incisiones elípticas que se reunían en adelante y atrás, luego disecaba las paredes así aisladas; con ayuda del dedo, hacía descender el tumor y lo excindia por medio de tijeras.

Denonvilliers prolongó la incisión hasta el coxis, con el fin de ensanchar los límites operatorios. Kocher en Alemania, Verneuil en Francia practicaron con ese mismo fin la reseccion del coxis.

Pero es á Quenu, entusiasta partidario de la vía perineal, á quien debemos la adopción de este procedimiento con una exposición esmerada de los diferentes tiempos que lo componen. Tiene además Quenu, el gran mérito de habernos demostrado toda la importancia que revisten estos dos preceptos durante la intervención:

1°. Extirpar el recto sin abrirlo, considerándolo como una bolsa extremadamente séptica.

2°. Disecar metódicamente la cara anterior ó cara peligrosa del recto.

Colocado el enfermo en la posición de la talla y hecha la desinfección de la región á operar, se procede á la amputación del recto de la siguiente manera:

a). Obturación del ano.—Se obtura el orificio anal por medio de una sutura en jareta con un hilo de seda. Los cabos del hilo servirán para operar tracciones sobre el recto.

b). Incisión de los tegumentos superficiales. — Se hace una incisión que no comprende más que la piel y que partiendo de la raíz de las bolsas rodea el orificio anal á distancia de un centímetro y se continúa por la línea media hasta la base del coxis.

c). Incisión del tejido celular y de los manojos medianos y posteriores de los elevadores.—Se incinde en adelante el tejido celular laxo y algunas fibras del dartos; atrás, el rafe ano coxigeo adherente á la piel.

Lateralmente se corta la grasa de la cavidad isquio-rectal hasta llegar sobre las fibras carnosas del elevador. Se seccionan de atrás á adelante los manojos laterales del elevador, tomándolos entre los dedos y procurando hacerlo lo más próximo del recto.

Debe de tenerse la precaución de conservar los manojos anteriores que se muestran bajo forma de dos bandas musculares muy espesas, tendidas delante del recto.

Incisión del rafe ano-bulbar—El rafe ano-bulbar y los manojos anteriores del elevador—El operador incinde cerca del bulbo y se detiene cuando no quedan entre sus dedos más que los manojos del elevador. En este momento el recto está separado del bulbo y no está reunido al periné que solamente por los manojos anteriores del elevador y su aponeurosis superior. Estos limitan lateralmente una cavidad prerectal en que se introduce el índice para desprender el tejido celular; á medida que este se destruye se ven aparecer los diferentes órganos colocados delante del recto. En la cara profunda de esta cavidad se percibe el fondo de saco peritoneal. Se seccionan las partes laterales y se ligan los vasos hemorroidales medios.

e) Liberación del recto atrás y sección del coxis—El ayudante levanta el recto hacia el pubis y se seccionan algunas fibras del rafe ano coxigeo y del elevador que habían escapado al bisturí en los tiempos precedentes. Se cortan todas las adherencias aponeuróticas y musculares de los bordes laterales del coxis y se desarticula el coxis.

f) Sección del peritoneo—Se punza transver-

salmente el fondo de saco peritoneal—Esta simple sección permite al re·to descender de algunos milímetros (1 cent. 1/2 á 2 cent).

Es necesario haciendo tracciones alternativamente á derecha **y** á izquierda, seccionar una parte del mesocolón lo más próximo del recto. Este descenderá entónces muchos cent. y su liberación es completa.

g) Restauración parcial de los planos perineales y lavage del recto—El peritoneo se sutura á la cara anterior del intestino; se aproximan los manojos residuales del elevador y su aponeurosis y se les sutura.

Se rodea la parte superior del recto de gasa iodoformada. Se abre el orificio anal y se incinde la pared anterior del recto de abajo arriba; por el ano iliaco se hacen pasar tres ó cuatro litros de agua oxigenada para que ilimine los resíduos cancerosos y los coágulos acumulados durante la operación.

h) Amputación del recto y sutura del cabo superior—Se practica la amputación seccionando el recto circularmente lo más alto posible y tratando siempre de cortar en tejidos sanos. El cabo superior se sutura á la parte media de la sección perineal; para eso es conveniente emplear unas quince suturas de seda aisladas que atraviesen por un lado toda la piel del periné, por el otro todo el espesor de las paredes del recto.

Se disminuye toda la parte anterior de la incisión perineal así como la posterior por medio de puntos separados de crín, teniendo cuidado de drenar tanto el espacio anterior como el posterior con un fragmento de gasa aséptica.

En la mujer la disección de la pared anterior es menos peligrosa, pues es difícil que sean lesionados órganos importantes y además el dedo introducido en la vagina puede servir de buena guía. Si la pared recto vaginal está atacada por el neoplasma el pronóstico es de suma gravedad.

Elección del procedimiento—No nos hemos detenido sino someramente y con pocos detalles en la descripción de varios procedimientos empleados para extirpar el cáncer del recto y actualmente abandonados; hemos visto como la vía natural solo conviene para pequeños tumores situados en la proximidad del ano y como la vía abdominal debe ser empleada en los casos en que el tumor tiene su asiento en la ansa recto-sigmoide ó más arriba. Para los cánceres colocados en la ampolla, que son los más frecuentes, hemos descripto el método de Kraske por la vía sacra y el método de Quenu con cierta prolijidad por ser las dos vías de acceso para la extirpación del tumor que actualmente se dividen el favor de los cirujanos.

La comunicación de Kraske proponiendo su

método tuvo en aquel tiempo inmensa resonancia en todas partes y la mayoría de los cirujanos lo adoptaron con entusiasmo. Efectivamente pareció el ideal de las intervenciones; amplio el campo operatorio, fácil la resección del sacro, directa la comunicación con el neoplasma. perfecto el resultado funcional.

Sin embargo, tan halagüeñas esperanzas no se realizaron en su mayor parte y el entusiasmo no tardó en decaer, especialmente cuando König hizo una comunicación, en la cual comprobaba una mortalidad de 33 por 100, numerosas recididas y hacia ciertas reservas sobre los resultados funcionales.

En Francia se empezó entónces á abandonar ese procedimiento y en la misma Alemania cirujanos como Von Bergmann, Kocker, Küster se declaran en favor de la vía perineal. Es innegable que en estos últimos años merced á la antisépsia la mortalidad ha disminuido de una manera notable, pero es imposible desconocer al mismo tiempo que sus inconvenientes son graves: alarga mucho la operación, el traumatismo es considerable, suprime una porción de la pelvis. debilitándola de un modo sensible y favoreciendo la formación de prolapsos y dificulta también las funciones del esfinter por la supresión de sus inserciones posteriores coxigeas.

Algunos operadores trataron de obviar á estos

aceidentes reemplazando las resecciones definitivas con la reaplicación del colgajo osteo-cutáneo, levantado provisoriamente durante la intervención; pero este procedimiento no ha obtenido la aceptación que se esperaba por parte de los cirujanos, pues á más de ser largo es causa de numerosos accidentes (necrosis del hueso sacro, etc).

La vía perineal es la vía natural para la extirpación del neoplasma, ofrece menos peligros y sus resultados comprobados en el Congreso de Cirugía de 1897 en Francia, no pueden ser más halagadores.

Procediendo como propuso Quenu, metódicamente se puede con relativa facilidad extirpar el recto y aún parte del colón, si fuese necesario; basta para ello seccionar el fondo de saco peritoneal y el mesocolón, teniendo cuidado de hacerlo lo más próximo del recto y de colocar pinzas sobre los vasos que sangran.

La extensión del neoplasma á las vesículas seminales y á la próstata no es una contraindicación por este método. Basta como practicó el doctor Cranwell en uno de sus operados (Observción 2ª), cortar con el bisturí el pedazo adherente de la próstata, habiendo tenido la precaución de proteger la uretra con una sonda.

Para obtener un éxito satisfactorio con esta intervención, es necesario practicarla en la mayor asepsia posible; de ahí ha nacido la idea de des-

viar el curso de las materias fecales, sépticas en sumo grado, con el fin de efectuar la desinfección del segmento inferior del intestino por medio de lavages de agua oxigenada, permanganato de potasio ú otras soluciones antisépticas. Los autores recomiendan la formación previa de un ano contra natura con un gran espolón que interrumpa completamente el curso de las materias fecales. El Dr. Cranwell, en estos casos ha practicado no un ano, sino una colostomia iliaca en dos tiempos, teniendo cuidado de adherir á la pared la parte superior de la S para poder descender fácilmente el colón durante la intervención. Procediendo así, la abertura practicada al intestino es suficientemente amplia, la exclusión de las materias fecales se efectúa completamente, pero mientras la obturación del ano contra natura requiere después una intervención séria, la fístula que queda de la colostomia iliaca tiene por el contrario tendencia después de 3 ó 4 meses á cerrarse expontáneamente.

Mientras que la mortalidad que produce la extirpación del recto por la vía sacra es bastante considerable. cirujanos expertos presentan estadísticas con una mortalidad por la vía perineal bastante exígua (10 por 100).

Las curaciones durables, es decir, las que se mantienen tres años después de la operación son,

según la mayoría de los autores, en proporción mayor en la vía perineal que en la sacra.

Y ahora no nos queda más que manifestar nuestro vivo deseo de que los resultados operatorios por la vía perineal sean cada día más halagadores, merced á la antisepsia y á la experiencia de los cirujanos, de modo que venga á reemplazar intervenciones difíciles y peligrosas.

OBSERVACIÓN I

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Profesor señor Gandolfo

Benedicto Correa, casado, jornalero, argentino, domiciliado en el partido en General La Madrid, provincia de Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes individuales —- Ha sido siempre muy sano y solo recuerda haber tenido en su juventud sarampión y blenorragia.

Su padecimiento actual data de tres años, en que comenzó á sufrir de ataques de diarrea y constipación alternativamente; al mismo tiempo el enfermo notó que al defecar perdía un poco de sangre roja. Desde esa época, si bien ha tenido períodos de mejoría, nunca se ha encontrado

bien, sufría de diarrea por causas insignificantes ó era atacado de una constipación tenaz. Hace próximamente tres meses que empieza á sentir molestias en el recto. tiene la sensación de cuerpo extraño y es atacado de deseos frecuentes de defecar, pero sin resultado: la constipación se hace muy tenaz y solo logra vencerla con el uso repetido de purgantes. Ultimamente el paciente siente dolores en la región ano rectal que se exacerban extraordinariamente en el acto de defecar; las materias sólidas no pasan.

Estado actual—Sujeto en buen estado de nutrición, sin embargo, dice que ha enflaquecido. No hay digno de mencionarse en los aparatos respiratorio y circulatorio.

A la inspección de la región anal no se encuentra nada anormal; haciendo el tacto rectal se constata que el esfinter está completamente libre, pero en la ampolla y al nivel de la próstata se siente una gran úlcera que en forma de *croissant* comprende un poco más de los dos tercios de la circunferencia del recto (pared anterior y partes laterales); la úlcera se extiende lateralmente siendo mucho mayor su diámetro transversal que el vertical; su mayor altura en el sentido vertical se encuentra en la pared anterior de la ampolla y mide próximamente cinco centímetros.

Los bordes de la úlcera son bastante marcados, formando un reborde mamelonado é indurado que

limitan bien la parte sana de la enferma; el fondo está cubierto de vegetaciones que sangran fácilmente al contacto del dedo; la luz del intestino está notablemente extrechada al nivel de la neoplasia, como si ésta descansase sobre un tejido fibroso. El resto de la pared rectal parece normal y no se sienten induraciones.

No hay ganglios ni en la ingle ni en el cuello. Se hace el diagnóstico de cancer de la ampolla rectal y se decide hacer una amputación total del órgano, para lo cual y como operación previa practiqué en los primeros días de agosto una colostomia iliaca en dos tiempos.

Durante los diez días anteriores á la operación se le administraron al enfermo varios purgantes y se le ordenó dieta lactea. Al mismo tiempo se hacen diariamente lavages del recto con una solución de agua oxigenada al tercio, ya sea introduciendo una sonda por la fístula iliaca ó por el ano.

20 de agosto de 1902 — *Operación*. Anestesia clorofórmica, colocación del enfermo en la posición de la talla, preparación del campo operatorio; después de varios lavages con jabón y agua caliente, se frota la región con gasa embebida en alcohol y después en éter.

Inyección de un gramo de extracto de glándula supra-renal para prevenir la hemorragia, á titulo de ensayo.

Se procede á la amputación del recto por la vía perineal, siguiendo en todo el procedimiento tan bien reglado y descripto por Quenu.

Previamente se obtura el orificio anal por medio de una sutura en jareta con un hilo de seda fuerte, cuyos cabos se dejan bastante alargados para que el ayudante pueda hacer tracciones sobre el recto.

Se practica entonces una incision, que no comprende más que la piel y que partiendo de la raiz de las bolsas por la parte media, circunda después el orificio anal á un centímetro de la abertura y se continúa por la línea media hasta la base del coxis.

En un segundo tiempo se secciona el tejido celular, se reseca el coxis y se trata de librar la cara posterior del recto desnudando con los dedos la cara anterior del sacro.

Después en el tercer tiempo se seccionan de atrás á adelante los manojos laterales del elevador, tomándolos entre los dedos y procurando hacer la sección lo más próxima del recto; sección del rafoano bulbar; se tira el recto hácia atrás, se desprende con el dedo el tejido celular hasta separar completamente del recto la próstata y las vesículas seminales; sección de los pilares anteriores del elevador.

En el cuarto tiempo se seccionan los fondos de sacos peritoneales, pero con esta liberación el

recto desciende poco, medio centímetro más ó menos y es necesario entonces seccionar una buena parte del mesocolón, con la cual se termina la liberación, pues se ha logrado descender cerca de veinte centímetros de recto y colón, lo cual nos permite hacer una amputación total del organo, pudiendo suturar cómodamente en el periné la sección circular del colón descendido.

Se practica la amputación seccionando el recto lo más alto posible y tratando siempre de cortar en tejidos sanos y se sutura el cabo superior á la parte media de la sección perineal por medio de puntos de seda aislados; se disminuye la parte anterior de la sección perineal así como la posterior por medio de puntos separados de crín pero teniendo cuidado de drenar tanto el espacio anterior como el posterior con un fragmento de gasa aséptica. Dentro del nuevo recto se coloca un tubo rodeado también con gasa aséptica.

Es digno de notarse que durante todos los tiempos de la operación la hemorragia fué relativamente insignificante, debido talvez á la inyección previa de capsula suprarenal, producto preparado por el Dr. Dessy y que lo había suministrado para su ensayo.

Las consecuencias operatorias fueron muy buenas, el enfermo no tiene fiebre y sólo se queja de algunos dolores en el periné; por el drenage sale gran cantidad de líquido sero-sanguinolento

los primeros días y purulento después; á los diez días se sacan los puntos de sutura y á los veinte la herida operatorio estaba perfectamente cicatrizada.

Es digno de notarse también que la colostomía iliaca ha funcionado perfectamente, tanto antes como después de la operación y que apesar de no tener un espolón muy pronunciado no deja pasar gases ni materias fecales en el cabo inferior.

El enfermo aumenta rápidamente de peso, se siente en muy buen estado, se cree completamente curado y solicita que se le obture el ano contranatura, lo que se hace recien el 10 de Marzo de 1903, suturando en dos planos las paredes de la fistula intestinal, curación *per primam.*

Hoy podemos presentar al enfermo completamente curado, cerca de nueve meses después de haber sufrido la amputación del recto; el resultado funcional ha sido muy bueno, pues el paciente contiene muy bien las materias fecales sólidas.

Examen de la pieza—Haciendo una sección longitudical del recto vemos que á cinco centímetros del reborde anal se encuentra una ulcera extendida en forma de media luna sobre las partes anteriores y laterales del recto, dejando libre la cara posterior en una extensión de dos centímetros proximamente; esta úlcera mide cuatro centímetros en el sentido vertical y siete en el sentido

horizontal; sus bordes indurados, salientes, mamelonados y cortados á pique; el fondo formado de vegetación de un color rojo sucio, recubiertas por un exudado amarillento y algunos pequeños coágulos sanguíneos; esta úlcera no ha invadido la túnica fibrosa del recto; el resto de la mucosa tiene su apariencia normal.

El examen histológico del tumor fué practicado por el Dr. Dessy, en el Laboratorio central del Hospital de Clínicas. Empleó para este estudio fragmentos de los bordes de la úlcera comprendiendo en un mismo corte porciones de mucosa en parte aparentemente sana y en parte ulcerada. El diagnóstico que se hace á primera vista con el examen microscópico es el de epitelioma cilíndrico del recto.

En las preparaciones se puede estudiar muy bien el pasaje de la mucosa sana á la enferma: las glándulas sanas se presentan con su aspecto conocido; trayecto perpendicular á la *muscularis mucosæ*, con sus células con mucus características y un solo extracto celular con sus núcleos basales que toman los colorantes básicos de una manera perfectamente normal.

Al lado de éstas, en dirección á la úlcera, se encuentran glándulas que acusan su estado patológico por un trayecto tortuoso por la dilatación de la luz glandular, por la activa proliferación de su epitelio y sobretodo por la intensidad con que

se tiñen los núcleos epiteliales. Este último hecho permite diferenciar ya con pequeño aumento las partes sanas de los enfermos. Es digno de notarse que existen glándulas sanas en una gran parte de su trayecto y en las cuales sólo el fondo de saco parece estar afectado de degeneración carcinomatosa; otras glándulas presentan idénticas alteraciones en su porción superficial, siendo sin embargo las primeras mucho más numerosas.

En el sitio de ulceración el tejido glandular está dispuesto de una manera sumamente irregular; las glándulas tienen su luz grande y anfractuosa y á veces se observa que hacen eminencia en su interior papilas revestidas de epitelio neoplásico. Las células con mucus han desaparecido por completo, los núcleos epiteliales están intensamente teñidos, la proliferación epitelial ha llegado á su máximum, la superficie ulcerada es sumamente irregular y presenta proliferaciones polipiformes constituídas por neoformaciones glandulares.

Es frecuente observar que dos tubos glandulares se comunican entre sí.

La neoplasia ha penetrado profundamente en las capas musculares y en algunos puntos ya está por invadir el tejido celular perirectal. Esta infiltración se ha hecho no sólo hácia la profundidad sino también en superficie, puesto que cerca de los bordes donde la mucosa se presenta aún

sana, las capas musculosas ya están invadidas por el tumor.

OBSERVACIÓN II

SANATORIUM QUIRÚRGICO

M. C.. español, 56 años, hacendado. Procedencia: San Pedro (Provincia de Buenos Aires). Diagnóstico: Cáncer del recto.

Antecedentes hecediiarios: sin importancia.

Antecedentes individuales: ha sido siempre sano y no recuerda otra enfermedad que la actual: se inició hace seis meses con inapetencia y dificultad para mover el vientre; sólo después de grandes esfuerzos logra evacuar un poco de materia fecal. Pocos días después empieza á sentir dolores en el bajo vientre, al principio intermitentes, después continuos é insoportables.

Tres ó cuatro veces ha perdido gran cantidad de sangre durante la defecación; la mayoría de las veces, después de hacer grandes esfuerzos para defecar, salían algunas gotas de sangre y al mismo tiempo unas carnosidades que después se réducían.

El paciente hace notar que antes de enfermarse

pesaba 77 $^1/_2$ kilos, y que durante su enfermedad ha disminuído 7 $^1/_2$ kilos.

Estado actual. Sujeto de buena constitución y en buen estado general.

Colocado sobre la mesa de examen, en la posición de la talla, se nota que sale del orificio anal una vegetación del tamaño de un huevo de paloma; esta vegetación sangra con facilidad y produce una secreción fétida; por el ano sale también involuntariamente una secreción saniosa y fétida que molesta mucho al paciente.

Haciendo el tacto rectal, se encuentra adentro de la ampolla un tumor del tamaño de un puño formado por vegetaciones con aspecto de coliflor que sangran al contacto; este tumor es sesil y está implantado en la pared anterior del recto en una altura de 10 centímetros próximamente; es difícil alcanzar su límite superior con el dedo. Este tumor, en su conjunto, es inmóvil y está íntimamente adherido á la próstata. La luz del recto está considerablemente estrechada; el tumor ocupa toda la ampolla rectal.

Como el sujeto se encontrara en buen estado general y sufriera de horribles dolores, el doctor Cranwell decide practicar la amputación total del recto y parcial de la próstata, siguiendo el procedimiento de Quénu.

Préviamente se practica una colostomia ilíaca en dos tiempos y de esta manera se obtiene la

exclusión del recto, lo que permite hacer una antisepsia relativa de la región; varias veces al día, ya sea por el ano ó por el cabo inferior de la colostomia, se hacen irrigaciones con agua oxigenada.

Diez días más tarde se procede á practicar la amputación del recto, siguiendo el proceder de Quénu; como el cáncer adhería á la próstata, se introduce un cateter y se incinde la parte de próstata enferma, así como las vesículas seminales. Se extirpa el recto y una parte del colon pelviano, en todo 20 centímetros.

El enfermo sigue bien después de la intervención, pero cinco días más tarde se forma una fístula urinaria, probablemente por necrosis de la pared de la uretra prostática, que fué necesario casi disecar para extirpar la parte de próstata invadida por el tumor. Se coloca una sonda permanente.

La fístula urinaria se cierra y el enfermo mejora visiblemente, pero no se cicatriza completamente la parte anterior del periné, donde se había colocado un drenaje después de la intervención.

Cuatro meses más tarde, el enfermo (que aún no ha abandonado el Sanatorium) empieza á enflaquecer y á decaer visiblemente en su estado general; hay edemas de los miembros y del prepucio.

Hay recidiva del tumor en la vejiga y el periné.

Manuel Sabelli.

Octubre de 1903.

Buenos Aires, Octubre 13 de 1903.

Nómbrase al Académico doctor Rafael Herrera Vegas, al Profesor suplente en ejercicio doctor Juan B. Justo y al Profesor suplente doctor Enrique Corbellini, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tésis de acuerdo con el artículo IV, de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Noviembre 10 de 1903.

Señor Decano.

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno doctor Manuel Sabelli.

«En el local de la Facultad á 6 de Noviembre «de 1903, reunida la Comisión que suscribe, en-

«cargada de dictaminar respecto de la tesis pre-
«sentada por el señor Manuel Sabelli que versa
«sobre «Cáncer del recto y su tratamiento» re-
«solvió admitirla. Con lo que termino el acta
firmada—R. Herrera Vegas—J. B. Justo—E. Corbellini—Carlos Robertson, Pro-secretario».

Zenón Aguilar

Buenos Aires, Noviembre 10 de 1903.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día que haya de ser sostenida.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Cómo funciona el nuevo año. consecutivo á la extirpación del recto?

El mejor material de sutura para esta operación.

En qué casos puede operarse un cáncer del recto?

¿Debe ensayarse la sueroterapia citolítica en el cáncer?

BIBLIOGRAFIA

Quenu y Hartmann—Chirurgie du rectum. Vol. II
Le Dentu y Delbet—Traitè de Chirurgie.
Duplay y Reclus—Traitè de Chirurgie.
Gerard Marchant—Chirurgie du gros intestin.
Dechambre—Dictionnaire de sciences medicales.

CAPITULO—CANCER DEL RECTO

Revista de la Sociedad Médica Argentina. Vol. XI. Nº, 60.
Duplay, Rochard y Demoulin—Manuel de diagnostic Chirurgical.
Hermann Tillmanns—Trattato di patologia generale e speciale.
Grey Smith—Cirujía del intestino.
Virdia—Malattie del retto.
Paul Reclus—Manual de patología externa.