

una bolsa de la misma substancia, y á ésta se la pondría en una especie de bolsillo ó de nido que se haría en la parte antero-interna de los calzoncillos, y todo el aparato estaría sostenido por medio de cintas atadas á otras que pendieran de la superficie interna de la camisa del niño. Este modelo que propongo, creo que ha de llenar bastante bien su papel de reservorio de la orina.

El tratamiento *curativo* es exclusivamente quirúrgico, habiendo sido objeto de múltiples iniciativas traducidas en procedimientos distintos, que por desgracia no han resuelto todavía el problema, pues los resultados obtenidos no son sino relativamente satisfactorios. El estudio de esta materia corresponde á la operatoria general.

Vicios de conformación del ano y del recto.

Bajo la apariencia de imperforación ó de atresia anal se presentan múltiples malformaciones de entidad muy diversa.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Entre las causas remotas que se han invocado, no hay ninguna, á mi juicio, que merezca tal nombre. En efecto, el sexo es, en mi opinión, absolutamente indiferente.

La influencia hereditaria parece ser efectiva en ciertos casos, siendo inútil investigar el mecanismo íntimo que preside á su realización, el cual yo creo que puede expresarse diciendo que es una de las manifestaciones del *determinismo hereditario*.

El referir esta malformación á estados constitucionales de los progenitores va teniendo más prosélitos cada día; pero ocurre preguntar: ¿qué estados son esos, los discrásicos, los neurósicos, los asténicos, cuáles? Si precisamente los procesos generales, ya sean los que los antiguos denominaban *totius substantiae*, ya sean otros cualesquiera, son objeto en la actualidad de mil discrepancias de pareceres cuando de su naturaleza se trata, debido á que los progresos de la ciencia en general, y de la microbiología especialmente, hacen que la nosología se encuentre en su aspecto clínico en pleno período constituyente, ¿cómo se ha de buscar la causalidad en el vago concepto de *estados constitucionales*? Por otra parte, semejantes estados ofrecen diversa índole según los casos, y no se comprende, por lo tanto, que concurren en una resultante patológica idéntica, ni menos aún que unos estados que por su carácter de constitucionales parece que deben implicar generalización en la economía, produzcan un efecto tan limitado y de *pura conforma-*

ción orgánica como son las anomalías que estudiamos. No es, por consiguiente, admisible esta hipótesis. Mas si la etiología que podemos llamar extrínseca resulta casi completamente negativa en el estado actual de la ciencia, la intrínseca, ó sea el mecanismo patogénico, está bastante bien conocido gracias á los datos embriogénicos que se poseen, los cuales confirman la fórmula que *à priori* se podría establecer y es: que estas anomalías son debidas á verdaderos vicios de desarrollo, dando á este concepto su más amplia acepción con el objeto de que abarque todas las irregularidades, sean de la clase que quieran, ligadas á la evolución embriogénica de las partes afectas; pues no considero aceptable la opinión de algún respetable autor que elimina como factor patogénico á la suspensión de desarrollo, cuando tal vez es el elemento más importante.

El recto y el ano se desarrollan aisladamente: el primero, á expensas de la hoja interna del blastodermo, y el segundo, de la hoja externa, que se invagina, cuyos dos elementos van aproximándose poco á poco hasta unirse mutuamente. Véamos los detalles que constituyen la génesis de las anomalías que nos ocupan.

En los primeros tiempos de la formación del ser, la porción intra-fetal de la vesícula alantoides que se ensancha para dar lugar á la vejiga, se confunde con el recto en un punto que se denomina la cloaca interna, la cual termina en fondo de saco, formando en conjunto estas partes una especie de horquilla cuya concavidad mira hacia arriba. Después, el tabique que separa la vejiga del recto desciende, dividiendo la cloaca interna en dos partes, cada una de las cuales queda con su respectivo fondo de saco, uno anterior y otro posterior, que es la mitad del fondo de saco que formaba la cloaca. El anterior es el seno uro-genital, del que origina la uretra, y el posterior da lugar al recto. Con estos datos puede comprenderse ya cómo se producen las diferentes malformaciones anales, pues según se suspenda la evolución de la hoja externa del blastodermo ó de la interna, así se originarán imperforaciones de poco ó de mucho espesor; y si no desciende el tabique que divide la cloaca interna, habrá comunicación entre el seno uro-genital y el recto, es decir, entre el recto y la uretra, y puede también suceder que la comunicación ocupe un punto más elevado, siendo entonces recto-vesical. En los individuos de sexo femenino, efecto de la interposición de los conductos de Müller entre el recto y la vejiga, la comunicación se establece, no con las vías urinarias, sino con la vagina (Tillaux).

PATOGRAFÍA.—No encuentro aceptable la clasificación hecha por Trélat de los vicios de conformación del ano y del recto y que ha sido adoptada por autores clásicos franceses, la cual establece los cuatro grupos siguientes: 1.º, la estrechez congénita del ano y del recto; 2.º, las imperforaciones ó atresias de estos órganos; 3.º, la falta de uno ú otro; y 4.º, las comunicaciones anormales (Poulet y Bousquet); y no la hallo aceptable, porque entre el segundo y tercer grupo no existen, en mi opi-

nión, diferencias esenciales, toda vez que la falta de ano ó de recto implica necesariamente imperforación de estas partes; ahora, si Trélat comprendía en el segundo grupo tan sólo las imperforaciones debidas á un tabique membranoso y en el tercero la falta propiamente dicha del órgano, entonces sí que difieren ambos grupos, pero difieren desde el punto de vista teórico, estudiando las malformaciones *à priori* y fundándose en casos muy bien caracterizados, pues en la práctica se observan grados distintos, verdaderamente intermedios, que no se sabría si colocarlos en el segundo ó en el tercero, y además no se conoce su entidad sino *à posteriori*, cuando vemos al operar el grosor de tejidos que hemos tenido que incidir.

Englobaré el estudio anatómico-patológico y sintomático de estas malformaciones, ya que aparecen confundidos ambos conceptos en el momento del examen, y las expondré en tipos definidos para la más fácil comprensión.

1.º Ante todo indicaré el tipo de malformación constituido por la estrechez, que ofrece dos subvariedades: la membranosa, que radica por lo general en el sitio en que se unen el recto y el ano, y la cilíndrica.

2.º Hállase representado por la obturación membranosa del ano.

3.º La obturación también membranosa, pero no del ano, sino del recto, apareciendo el ano con su conformación normal.

4.º En lugar de ano existen tejidos más ó menos gruesos que separan la ampolla rectal de la piel.

5.º El fondo de saco rectal se ha quedado tan alto, que no ha penetrado en la cavidad de la pelvis; de manera que el trayecto de intestino que ha dejado de formarse está constituido por un cordón fibroso que llega hasta el punto en que debía encontrarse el ano, ó no existe ni el cordón fibroso, sino solamente una grosísima masa sólida de tejidos; el ano está simplemente representado por una ligera muesca cutánea, ciega, claro es, por completo, ó no existe siquiera ni esta depresión en la piel.

6.º El recto se ha abierto en la uretra, en la vejiga ó en la vagina, y no hay ano. Entre estas aberturas anormales registran las páginas de la ciencia otros casos diversos, como, por ejemplo, el observado por Mery, en el que se hallaba la abertura en el ombligo, y el de Littré, en el que estaba por encima del pubis.

Los síntomas que se recogen por simple inspección son muy escasos, pues exceptuando los muy raros en que exista una abertura anormal

externa, se reducen, ya á la falta de ano, ora á ser muy estrecho, ó bien á hallarse representado por una hendidura ciega cutánea.

Si hay imperforación anal ó rectal, faltarán totalmente las cámaras. En los casos en que exista estrechez variarán los fenómenos relativos á la exoneración del vientre, según el grado que presente, pudiendo ser ésta casi imposible, incompleta ó completa, aunque difícil. Y si, por último, hay abertura anormal, el meconio saldrá por ella.

Si existe imperforación ó una estrechez tan extrema que casi equivalga á la imperforación, se presentará el cuadro sintomático de la oclusión intestinal: el niño está agitado y lanza gritos reveladores de los dolores abdominales que experimenta; sobrevienen vómitos lácteos primero, y cuando el niño haya expulsado la leche que contuviera su estómago, serán biliosos; y por último, contendrán meconio; deja de mamar; el vientre se meteoriza y se hace doloroso á la presión; se presenta hipo, cianosis, hipotermia, colapso, y sobreviene el fallecimiento precedido ó no de un ataque eclámpsico. Si la estrechez es poco graduada, se presentarán nada más que algunos de los fenómenos que acabo de indicar, como, por ejemplo, meteorismo, algún dolor intestinal, algún vómito, etc., según el grado de entorpecimiento á la evacuación de las materias fecales. Y si la estrechez es tan ligera que permite la exoneración normal del vientre, no aparecerá ningún fenómeno funcional que la revele.

PATOCRONIA.—El curso del estado morboso que se desarrolla á consecuencia de las malformaciones ano-rectales, se halla en relación con la naturaleza y entidad de éstas.

Si la retención de los materiales excrementicios es completa, fallece el niño á los tres, cuatro, seis días, si bien registra la ciencia casos en que la vida se prolongó algunas semanas, debido á la acumulación sucesiva de las heces fecales en el intestino grueso. Yo he practicado la operación del ano artificial por el procedimiento de Littré á una niña de *veinte días de edad*, que por cierto se encontraba en un estado de demacración extraordinaria.

Si la expulsión de los excrementos es incompleta porque hay estrechez, el curso de los síntomas que se desarrollen estará en relación con las circunstancias de cada caso, es decir, con el grado de dificultad con que la expulsión se verifique, con los cuidados que se tengan con el niño, con su mayor ó menor resistencia, etc. Puede ocurrir que la estrechez no ocasione grandes trastornos por de pronto, sino más adelante, tal vez en la juventud y aun en la edad adulta; tal es, por ejem-

plo, cuando por la constitución membranosa de la estenosis ofrece ésta suficiente dilatabilidad para permitir el paso de las heces fecales con relativa facilidad, pero que andando el tiempo se densifican más ó menos los tejidos que forman la angostura; hallándose representadas las consecuencias morbosas posibles por *prolapso del recto*, debido al arrastramiento que el bco excrementicio ejerce sobre la mucosa ó sobre todas las tunicas del órgano, por el impulso que á la masa excrementicia imprimen los esfuerzos de defecación para hacerla vencer el obstáculo que opone la estrechez; por *procesos flegmáticos ó ulcerosos*, provocados por los reiterados estímulos y por los pequeños traumatismos que sufre la mucosa por el hecho de la defecación difícil; y otras perturbaciones de la salud, ya de naturaleza dispéptica ó representadas por ese cuadro morbozo, no completamente conocido, denominado *estercoremia*, debido á la reabsorción de sustancias fecales, cuyas perturbaciones son la consecuencia natural de una eliminación retrasada ó incompleta del contenido intestinal.

Si la abertura del recto es anormal, los accidentes que provoca están en relación con el órgano en que aquélla tiene lugar. Así, si es en la parte profunda de la uretra ó en la vejiga, la situación es verdaderamente angustiosa y grave, porque hay cambio recíproco de materiales excrementicios, pasando la orina al recto y los excrementos á la vejiga, lo cual ofrece grandes inconvenientes, toda vez que las vías urinarias resultan insuficientes para la debida eliminación de las heces fecales, lo que constituye la circunstancia más grave y apremiante de esta perturbación, pues sobrevendría la muerte más ó menos pronto, tal vez antes de los quince días, si no se interviniera oportunamente; pero, además, semejante estado de cosas favorece el desarrollo de cálculos urinarios, lo que puede tener lugar, ya en la vejiga, ya en el recto. Mas no presenta idéntica gravedad cuando la abertura se realiza en la vagina, sino que, por el contrario, en este caso, como la eliminación de los excrementos se verifica con notable desahogo si el orificio de comunicación recto-vaginal es suficientemente amplio, no ocurren accidentes que comprometan la vida; mas si el orificio de comunicación fuera insuficiente para la expulsión de los excrementos, surgirían trastornos en relación con las circunstancias.

Morgagni refirió el caso de una mujer que defecaba por la vagina, y no obstante, vivió cien años. Aun cuando el caso es realmente extraordinario, se comprende que la vida sea compatible con la abertura del recto en la vagina, pues aunque altamente repugnante, habiendo lim-

pieza y siendo el orificio, que podríamos llamar *ano-vaginal*, suficientemente grande, no hay motivo para que se afecte la salud de una manera grave; sin embargo, creo que la niña ha de estar en constante inminencia morbosa, no sólo por el inmundo paso periódico de los excrementos y la frecuente salida de gases intestinales, sino por las prácticas de limpieza que esto exige, cuyas circunstancias tienen al aparato generador en permanente riesgo de infección; esto por lo que respecta á la *salud orgánica*, pues el bienestar moral es incompatible con este horrible vicio de conformación, el cual constituye para la pobre enferma una amarguísima tortura.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Es de una facilidad constante, pues sea cualquiera la modalidad que esta malformación afecte, es imposible que pase desapercibida al médico que reflexivamente aprecie el cuadro sintomático. Efectivamente, como se trata de un acto de realización necesaria, no ya solo el médico, sino también los profanos advierten así que transcurren algunas horas después del nacimiento, si el niño expele ó no meconio, lo que, en caso negativo, pone ya en cuidado á las familias y las incita á examinar el ano. Mas puede suceder que el niño presente este orificio normalmente conformado, y que, por consiguiente, haga creer á los interesados que no existe ninguna anomalía ano-rectal; pero el médico jamás debe olvidar semejante circunstancia, y por lo tanto, si transcurren veinticuatro horas sin que el niño haga deposición ninguna, proceda sin pérdida de tiempo á reconocer al niño, para lo que apelará á una sonda ó al dedo meñique.

Cada uno de estos medios ofrece, á mi juicio, una ventaja que le es peculiar: la sonda, que debe ser de goma flexible, el que molesta menos al niño por su menor calibre; y el dedo meñique, del que debe recortarse bien la uña y lavarse, el que puede apreciar el grado de consistencia que ofrece el fondo de saco anal; si se emplea la sonda, cuídese de que sea algo gruesa, para que no se doble, no ocurra que se enrosque en la pequeña cavidad que exista por encima del ano y haga creer erróneamente, á juzgar por el trozo de sonda que ha traspasado el recto, que no hay imperforación ó que se halla ésta muy alta, cuando tal vez esté muy cerca del ano. A otro medio puede recurrirse, si no se tiene á mano una sonda adecuada, y es á poner un enema con agua tibia, previamente hervida, que nos dará á conocer inmediatamente si

existe ó no imperforación, pues en el primer caso el líquido refluirá al exterior, mientras que si la cavidad del recto está expedita, penetrará el líquido libremente y llenará además la indicación, en este último caso, de hacer mover el vientre al niño. La lavativa no es, sin embargo, un medio de resultados indudables, suponiendo que éstos sean negativos; porque si no se sabe ponerla bien, no penetra el líquido ó retrocede, ora porque se ha introducido tan poco la cánula que su orificio queda ocluido por la contracción del esfínter, ó porque se la dirige mal y choca su extremidad con la pared del intestino, y pudiera interpretarse erróneamente como debido á imperforación del recto. Son, pues, medios más seguros la sonda ó el dedo meñique.

La determinación del *grosor* de los tejidos que constituyen la imperforación es un problema insoluble muchas veces *à priori*, y por lo tanto, es imposible saber á qué altura se encuentra la ampolla rectal. Los datos que se han indicado como susceptibles de proporcionar este conocimiento, por ejemplo, el que el cóccix puede estar rechazado hacia atrás por la distensión de la ampolla rectal (Amussat); el que si al efectuarse el cateterismo vesical ó vaginal se percibe con facilidad el sacro con el catéter es que no existe el recto; y por último, el que una gran estrechez de la pelvis, la atrofia sacro-coccígea y menor separación de los isquions, coexisten casi constantemente con un defecto de desarrollo del recto, me parecen circunstancias totalmente desprovistas de valor en la realidad; en teoría no las negaría significación, porque lógicamente pensando puede suponerse que tengan lugar los fenómenos indicados; pero en la práctica no tienen, á mi juicio, importancia alguna.

El único signo que existe para calcular el grado de espesor de los tejidos que separan la piel de la ampolla rectal es la sensación que dan al tacto; si es una membrana, ofrecerá la blandura particular, que se imagina mejor que se explica, propia de una capa delgada de tejidos que tiene por encima ó el vacío ó meconio, y se conocerá mejor si está abombada por el peso de esta última substancia, y más todavía por la tensión que adquiera á impulso del esfuerzo de defecación que haga el niño; mientras que si es una gruesa masa de tejidos, da al dedo la sensación correspondiente, es decir, de una masa maciza bastante dura. Como por el tacto no se pueda formar juicio aproximado, no queda, en mi opinión, otro recurso investigador, y sólo llegaremos á averiguar el grosor de los tejidos en el momento de la intervención quirúrgica.

El diagnóstico de las *estrecheces* puede efectuarse, ya por simple ins-

pección si radicara en el ano, ó ya introduciendo el dedo meñique si están por encima de él, y tanto en uno como en otro caso por las dificultades con que la defecación se realice y aun por la forma que ofrece el excremento en el mismo instante en que es expelido.

Y el de las *aberturas anormales* se hace con bastante facilidad, porque si el orificio se encuentra en un punto accesible á la vista, la apreciación se verifica inmediatamente; y si es en la vagina ó en las vías urinarias, se conoce por el punto por donde sale el meconio; ahora, la determinación del sitio preciso que ocupe en estos órganos la abertura exige una exploración adecuada.

PRONÓSTICO.—Es tan variable como lo es la modalidad anatómico-patológica; pero yo le considero siempre grave ó gravísimo, según las circunstancias, con una sola excepción: la de que la oclusión anal ó rectal esté representada por una membrana tan delgada que sea casi una película; porque si ofrece algún grosor, aunque no sea mucho, implica más ó menos riesgos de infección post-operatoria y aun de estrechez consecutiva.

TRATAMIENTO.—Presenta un objeto muy preciso: establecer el curso normal de los excrementos; si bien este objeto, tan fácil de formular, es muy difícil de realizar y en ocasiones imposible, viéndonos obligados á seguir una conducta en relación con las circunstancias. Puede, sin embargo, presentarse un caso sencillísimo, que en rigor no es sino de falsa atresia, consistente en la conglutinación de los bordes del ano, que se hace desaparecer con la sola ayuda de un estilete obtuso ó de una sonda acanalada, previamente esterilizados, embadurnando después el ano con vaselina.

La indicación primera es imperativa é invariable: *hacer un ano, á ser posible, en el sitio normal.*

Al efecto, como *à priori* ignoramos cuál es el grosor de la capa de tejidos ocluyente, se procederá á la operación indispensable *resuellos á llegar hasta donde sea preciso*, pero sin traspasar los límites que marca la prudencia científica, que ya veremos cuáles son.

Como el recién nacido es muy impresionable al frío, lo primero que debe hacerse es envolverle cada uno de los miembros inferiores y las demás partes que hayan de estar al descubierto, excepto la región perineal y los genitales externos, con una capa de algodón suficientemente gruesa, sostenida con una venda. Seguidamente, previa la asepsia de la región, de los instrumentos y de las manos del operador, y colocado el niño en decúbito supino con los miembros inferiores en