

flexión sobre el abdomen y en abducción, se procede á practicar la operación del ano artificial en el periné, comenzando por vaciar la vejiga urinaria mediante el cateterismo, ya sea niño ó niña, y dejando introducida la sonda si el enfermito es varón, para llevar hacia adelante la vejiga y la uretra, y si es niña se introduce la sonda en la vagina y se la lleva también hacia adelante, pues el objeto es evitar que estos órganos sean interesados con el bisturí.

Se practica una incisión en dirección antero-posterior en el punto correspondiente al ano, dándola mayor ó menor extensión, según las exigencias de cada caso y sirviendo de guía el dedo índice, cuya uña estará en contacto con el bisturí; se van seccionando los tejidos siguiendo la dirección de la concavidad del sacro y sin abandonar la línea media, aunque inclinándose ligeramente hacia el lado izquierdo del niño, hasta que el dedo perciba la ampolla rectal, á la que se hará descender mediante tracciones hechas con pinzas de bocados suaves para que no traumatizen los tejidos, y si los bocados fueran ásperos, se les puede envolver en un poco de algodón; si el recto se resistiera á bajar, se le desprenderá de los tejidos próximos en lo que sea necesario, ya con el dedo ó con las tijeras; y una vez ya á nivel de la piel, se le suturará á ella mediante puntos que no atraviesen todo el grosor de la pared rectal, para que no penetren en su cavidad, y haciendo que estos puntos, en la línea media antero-posterior de la ampolla del intestino, dejen un espacio de 1 ó 2 milímetros entre los del lado derecho y los del izquierdo, para efectuar por él la abertura del fondo de saco rectal, y una vez que haya salido el meconio se suturará la mucosa á la piel.

A veces no se puede hacer descender la ampolla rectal íntegra hasta el ano, porque por hallarse muy alta, por no estar tal vez repleta de meconio y por la disposición particular de los tejidos, no la percibe el dedo; y como además, cuando la herida operatoria alcanza cierta profundidad, se hace avanzar el bisturí con *verdadero temor*, la situación es realmente delicada y peligrosa. Alguna vez he hecho yo lo siguiente: después de haber profundizado la incisión 3 centímetros próximamente, y viendo que no había llegado á tocar con el dedo índice que me servía de guía á la ampolla rectal, he cogido el bisturí con la punta hacia arriba y le he introducido haciéndole seguir la dirección que dejo indicada, es decir, la parte media de la cara anterior del sacro, pero inclinándole un poco hacia la izquierda del niño, porque Delagenière, en seis autopsias, ha hallado las seis veces el fondo de saco rectal próximo á la articulación sacro-ilíaca izquierda, y he tenido la

grandísima satisfacción de notar á muy poco esa sensación especial de *falta de resistencia* ó de *resistencia vencida*; declaro que son momentos angustiosos, y que cuando observé que la punta del bisturí había penetrado en cavidad, surgió en mi imaginación esta amarga pregunta: ¿será en la del recto, ó en la peritoneal? Felizmente había sido en la cavidad del recto, pues al sacar el bisturí estaba la hoja teñida de meconio é inmediatamente comenzó el niño á expulsar éste en gran cantidad.

Metí el dedo, agrandé con él la abertura del recto y arrastré á éste hasta el ano, valiéndome de movimientos de tracción y de deslizamiento ejercidos con el dedo sobre la mucosa, y de suaves tracciones realizadas con las pinzas en unos ó en otros puntos, alternativamente, de las paredes del órgano, costándome bastante tiempo y trabajo. Después de lavar abundantemente con agua hervida tibia toda la herida, suturé las paredes del recto á la piel, poniendo muchos puntos de sutura para que la adaptación fuera exacta, y luego embadurné con colodión elástico todo el reborde suturado para librarle del contacto de los excrementos.

Pero ¿cuánto debe profundizar la incisión perineal? En el caso á que me refiero hice penetrar el bisturí un centímetro próximamente, que sumado á los tres que había dado de profundidad á la incisión, hacen un total de 4 centímetros; si no hubiera alcanzado la ampolla rectal, hubiera introducido el bisturí 1, y á ser necesario aun 2 centímetros más; es decir, un total de profundidad, á contar desde la superficie cutánea del periné, de 5 ó 6 centímetros, cuya cifra tal vez no deba traspasarse.

Una niña de ocho días de edad, afectada, no de imperforación de ano, pues éste ofrecía su conformación normal, sino de recto, presentaba un fondo de saco que terminaba á 1 1/2 centímetros del ano; pero el dedo chocaba con una masa consistente de tejidos, en los que no se observaba ni el menor indicio de ampolla rectal. Introduje un trócar como el de parecentesis en la dirección que dejo ya indicada, hasta que experimenté la sensación de resistencia vencida, lo que no ocurrió hasta que el trócar había penetrado unos 4 centímetros, á contar desde el ano, ó sea 2 1/2 en la masa carnosa obturadora. Saqué el trócar y dejé puesta la cánula unos momentos, saliendo por ella meconio; después la quité, pero metiendo antes por ella un estilete obtuso para que me sirviera de guía; incidí el ano hacia adelante y hacia atrás en una pequeña extensión; á lo largo del estilete fuí resbalando una sonda aca-

nalada hasta introducirla en la ampolla rectal, y á continuación deslicé por la sonda un bisturí de hoja bastante ancha, dilatando así la abertura que había hecho con el trócar en la masa carnosa que separaba el ano de la ampolla rectal; saqué el bisturí y la sonda, y pude llegar con el dedo á la cavidad del recto, cuya mucosa daba la sensación característica. Con el dedo fuí atrayendo poco á poco el recto hacia el ano, ayudando esta lenta faena con prudentes tracciones sobre el recto, hechas con unas pinzas de bocados envueltos en gasa para que no traumatizaran á la mucosa, consiguiendo por fin hacerle descender hasta el nivel del ano; suturé el recto con la parte anterior y con la posterior de éste, en las que, según he dicho, había practicado una incisión, y seguidamente fuí suturándole todo alrededor del ano, refrescando éste antes con unas tijeras curvas por su plano, á medida que iba dando los puntos de sutura. Por supuesto, que antes de practicar la sutura lavé ampliamente la herida operatoria con agua hervida, tibia, y terminada la operación, pincelé el reborde suturado con colodión elástico. Traté este caso del modo que acabo de manifestar, por la mayor probabilidad de obtener con él un resultado satisfactorio, ó diré mejor, por ser la única manera de establecer el calibre del intestino en condiciones fisiológicas y con carácter definitivo, pues sólo atrayendo la ampolla rectal hasta el ano y suturándola con él, es como podía quedar un conducto de calibre normal y revestido de mucosa; mientras que si me hubiera limitado al establecimiento de la permeabilidad cruenta que practiqué con el bisturí, dejando á la ampolla rectal en su anormal altura, hubiera sobrevenido la cicatrización *circular, formando un anillo que, á pesar de todas las precauciones que se hubieran tomado*, hubiera constituido una dificultad permanente para el paso de los excrementos, pues no hay que olvidar la persistencia de la retractilidad cicatricial, que por lo tremenda que es la califico yo de *implacable*. Es verdad que el ano, que era normal, le transformé en parte en cicatricial; pero esto se puede evitar en más ó en menos, y aun tal vez completamente, adaptando con minuciosidad exquisita todo el reborde de las paredes del recto al de la piel del ano, que es lo que yo hice, para que no quede ninguna porción superficial de cicatriz; además, yo creo preferible la estenosis cicatricial en el ano á la situada por encima de él; y por último, porque la estrechez cicatricial del ano hubiera sido casi filiforme por lo estrecha, mientras que la del recto hubiera tenido la anchura de la masa de tejidos que perforé.

Después de la operación hay que tener sumo cuidado en mudar el

pañal al niño y lavarle con la frecuencia necesaria con agua hervida, sin frotarle la herida, sino á chorritos suaves, mediante una torunda de algodón; y si no se desprendiera el excremento, se le quitaría suavemente con la misma torunda. En los días siguientes se renovarán cuando sea preciso las embrocaciones con colodión, y si se presenta algún accidente en la herida se emplearán los medios que las circunstancias reclamen. Hay que dirigir cuidadosísimamente el curso post-operatorio del proceso, por las condiciones de la región y la índole especial de los tejidos, que no sé si en todos los casos ó sólo en algunos ofrecen una naturaleza tan delicada, tan blanda, que se destruyen fácilmente. Digo esto, porque recuerdo uno de los niños que he operado, cuya observación pude seguir con toda minuciosidad, en quien no obstante los mayores cuidados, fueron realizándose destrucciones sucesivas de los tejidos que formaban la parte de ampolla rectal suturada al ano, seguidos de cicatrizaciones que dieron por resultado un ano constituido por tejido cicatricial; yo lo atribuí á que la mucosa del recto era tan blanduja, que parecía formada de elementos embrionarios, lo que unido á las inevitables irritaciones que determina el paso de las materias fecales, daba por resultado su destrucción y la cicatrización consiguiente.

Si, por desgracia, no se consigue alcanzar la ampolla rectal por el periné, hay que practicar el ano artificial en la fosa ilíaca izquierda, llamado *ano ilíaco ó de Littré*; pero debe contarse previamente con el consentimiento de los padres, á quienes se explicará cómo quedará el niño después de la operación; pues como los resultados de ésta desde el punto vista de la comodidad del niño y de los efectos en su esfera moral son tan tristes, el médico no puede proceder á practicarla por el solo fundamento de la indicación científica; ésta existe, es verdad, pero es *indispensable el consentimiento del interesado*; y como éste es un recién nacido, le representan sus padres; pero debe manifestarse también á éstos la esperanza fundada de que más adelante tal vez pueda practicarse el ano en su sitio normal. A la pobre madre debe ocultársela el vicio de conformación del niño todo el tiempo que sea posible, para evitar el peligro inherente á este inmenso dolor moral en una recién parida; y si por cualquier circunstancia llega á saberlo, decirla que no tiene importancia y que se corrige fácilmente; y digo más: si la operación del ano ilíaco ha de practicarse en los primeros días que siguen al parto, yo creo que debe prescindirse del consentimiento de la madre y limitarse al del padre, para no llevar al alma de la recién

parida la peligrosa borrasca del dolor que semejante resolución implica.

Caso de que llegara á practicarse el ano ilíaco, no debe considerarse la situación creada como definitiva, sino como satisfacción de una indicación vital, pues es indispensable dar salida á los excrementos; mas semejante situación debe desaparecer practicando, á ser posible, el ano perineal mediante la valiosa ayuda que nos puede prestar un instrumento *ad hoc*, de grosor adecuado y cuya extremidad sea completamente redonda, con el que, introducido por la herida del abdomen y haciéndole seguir el trayecto intestinal hacia el recto, se haga descender la ampolla de éste hasta más ó menos cerca del periné, y ver si entonces se puede practicar el ano en su sitio normal.

Las estrecheces y las aberturas anormales se tratarán según las circunstancias de cada caso.

#### Adherencias vulvares.

Se presentan con alguna frecuencia en la práctica adherencias de los pequeños labios, que en todos los casos que yo he visto se hallan constituidos por una película sumamente tenue, que dejaba expedito el orificio uretral y no oponía, por consiguiente, obstáculo alguno á la micción. La frase que las madres emplean constantemente es la de que las niñas *están cerradas*; y efectivamente, al separar los grandes labios se ve á los pequeños conglutinados mutuamente; pero ejerciendo una ligera tracción hacia afuera, se ve una línea grisácea que los separa, y que no es otra cosa que la película que los une, que al ponerla tensa se transparenta y contrasta con el color rojo ó rosáceo de los pequeños labios.

El tratamiento es muy sencillo, pues basta aplicar un dedo á cada lado y ejercer tracción hacia afuera para que se vayan destruyendo paulatinamente las adherencias en un espacio de tiempo que no excede de algunos segundos; la separación yo siempre la he hecho de arriba abajo. Después se embadurna la vulva con un poco de vaselina para que no se vuelvan á adherir las partes, y se encarga á la madre que las lave cuatro veces al día, sin tocar la vulva, sino á chorritos, echados con una cuchara, con agua hervida tibia, y en caso de que experimentara la niña algo de escozor, se la espolvorearía la vulva con un poco de subnitrito de bismuto.

Es un ligerísimo accidente que no merece siquiera el nombre de malformación, pero á algunos prácticos distinguidos les ha producido grandes cavilaciones, pues han dicho á los padres que habría que cloroformizar á la niña y obrar según lo que resultara del examen; sin duda era el primer caso de este género que observaban, pues una vez visto ya no se olvida nunca.

A veces las niñas no quieren orinar después, ya porque las escuece ó porque tienen miedo de que las duela. En estos casos he apelado yo á un recurso que ha producido efecto satisfactorio inmediatamente, que consiste en mandarla poner un enema con agua ligeramente salada, la cual, por el estímulo rectal que ocasiona, obliga á la niña á expulsarla, y á la vez que hace la deposición orina sin apercibirse; pero es preciso que se fije la madre, para ver si al dar de vientre orina efectivamente, lo que se puede conocer además midiendo la cantidad de agua que se pone en la lavativa, y viendo y midiendo, si fuera preciso, la que ha expulsado. Así que la niña ha observado que orina sin dolor, pues la madre se lo debe hacer notar después que ya lo ha hecho, *no antes*, ya orina en lo sucesivo espontáneamente; si así no fuera, se la repite cuando sea necesario la lavativa con agua clara; y si no bastara á provocarla una deposición, se vuelve á apelar á la de agua salada. Sólo se recurriría á sondar á la niña para extraerla la orina en el caso de que los anteriores medios fracasaran; el cateterismo uretral en las niñas es sumamente sencillo.

Si la adherencia de los grandes ó pequeños labios estuviera constituida por una membrana que resistiera á una prudente tracción, en la que se cuidará de no lesionar la mucosa, se la rasgaría con un estilete ó se la cortaría con las tijeras, según su grosor, siendo el tratamiento consecutivo el mismo que acabo de exponer para cuando la adherencia es debida á una película.

#### Fimosis congénito.

No haré otra cosa que mencionar, por su rareza y escasa importancia práctica, algunos vicios de conformación del prepucio, como su *falta*, su *desarrollo incompleto* y tan sólo unilateral, formando una especie de colgajo, y su *división central*, que puede ser parcial ó total.

El *fimosis* es una malformación constituida por la imposibilidad de descubrir completamente el glande á causa de la estrechez del orificio prepucial.