

también con mucha más frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo. Puede ocasionar dolores bastante violentos para inducir al cirujano á tomar una seria determinación. Ya he dicho antes que por mi parte reprobaba la nefrectomía como medio de tratamiento en estas circunstancias. En 1881 Halm (de Berlín) y en un caso de esta naturaleza, practicó la incisión lumbar, llegó al riñón, atravesó las cápsulas célulo-adiposa y fibrosa del riñón con seis hilos de catgut y lo suturó al borde de la incisión lumbar, fijándolo así en su sitio normal. El enfermo curó rápidamente, y según refiere Gross, Halm repitió cinco veces más esta operación y siempre con el mismo satisfactorio resultado. Según la estadística de Gross, la nefrorrafia ha sido practicada diez y ocho veces en América, en Inglaterra, y en Italia con un solo caso de muerte. No tengo noticia de que en Francia se haya practicado nunca esta operación.

La idea de Halm me parece una de las más afortunadas, y por mi parte no vacilaría en apelar al recurso de la nefrorrafia si en un caso dado de nada me sirvieran los aparatos contentivos. El éxito de esta operación es nuevo motivo para condenar la nefrectomía en estos casos, y por consiguiente únicamente podría pensarse en esta última operación después de haber practicado sin resultado la nefrorrafia.

CAPÍTULO VIII

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ANO Y EN EL RECTO

I.— Imperforación del ano

Anatomía.—En los recién nacidos, á veces el recto termina en fondo de saco, lo cual tiene lugar de tres maneras distintas: 1.º el ano está ocluido únicamente por una membrana delgada ó por una capa de tejido celular, cuyo espesor no excede de algunos milímetros; 2.º el ano está abierto, pero á cierta altura existe igualmente un delgado tabique; 3.º exista ó no el orificio anal, el fondo de saco del recto está separado de él por una capa tan gruesa de tejidos, que no es posible asegurarse del punto en que se encuentra. Debemos añadir otras anomalías que consisten en abrirse en el intestino ó vejiga en el hombre, en la vagina en la mujer, ó, en ambos sexos, en algún punto de la pared abdominal.

1.º *Obliteración simple del ano.*—Cuando cierre el ano una simple membrana, y la fluctuación, una prominencia ó una mancha azulada indiquen claramente la posición del recto, será suficiente introducir la punta de un bisturí recto en el centro presunto del intestino, para después, con el mismo bisturí ó con otro de botón, dividir la membrana de dentro á fuera y crucialmente; se cogerá entonces cada uno de los ángulos con unas pinzas y se practicará la escisión, y por toda cura, se aplicará un lechino de hilas ó una mecha un poco gruesa, á fin de prevenir la estrechez del ano.

2.º *Obliteración del recto á alguna distancia del ano.*—En este caso, se aconseja generalmente practicar una punción con el trócar ó el bisturí cubierto con una cinta hasta cerca de su punta; incidir en cruz la membrana y después insistir en la dilatación.

Este punto de la práctica quirúrgica exige más amplias explicaciones. Según he tenido ocasión de ver, el tabique se encuentra ordinariamente á un centímetro por encima del ano al nivel del suelo aponeurótico de la pelvis, y por encima de aquél se encuentra el recto dilatado en una ancha ampolla llena de meconio. La punción con el trócar es generalmente inútil, porque el meconio es demasiado espeso para salir á través de la cánula; y por otra parte la punción con el bisturí no podemos admitirla sino como primer tiempo de la incisión. Pero esta incisión, en vez de practicarla á ciegas, podemos hacerla casi tan fácilmente como si el tabique estuviese en el ano, para lo cual Malgaigne ha añadido al procedimiento una modificación de innegable utilidad.

Procedimiento de Malgaigne.—Introducido en el ano el dedo meñique y después de bien reconocida la membrana obturatriz, empíezase por dilatar el ano hacia adelante al primer golpe de bisturí; entonces á cada esfuerzo del niño aparece el tabique rectal casi al nivel de la piel; se le coge con las pinzas de dientes de ratón, se le divide en cruz y se escinden luego los dos ángulos posteriores; después de lo cual se vacía el recto del meconio que contiene. Respecto de los ángulos anteriores, después de haberlos despojado de su mucosa por la cara rectal, se atraen hasta la incisión cutánea, y se reúnen á ella por algunos puntos de sutura entrecortada.

De este modo tenemos una probabilidad más de evitar la estrechez consecutiva, que es tan común en las operaciones de este género. A pesar de todo, no dejaremos de vigilar por esta complicación, y para ello será conveniente introducir de cuando en cuando el meñique en el recto, para desbridar con un bisturí de botón los cuatro ángulos si realmente se notare una pertinaz tendencia á estrecharse. En vez de hacer la incisión hacia delante

como aconseja Malgaigne, es mejor hacerla hacia atrás y en caso de necesidad prolongarla, lo cual no podría hacerse hacia delante.

3.º *Abertura del recto en la vagina.*—Martín propuso una operación que consiste en dividir el periné y el tabique hasta llegar al ano anormal, y aun continuar la incisión más hacia atrás hasta las inmediaciones del coxis; colocaríamos después en el fondo de esta herida una cánula que continuara el recto, para reunir finalmente la porción anterior de la herida sobre esta cánula. Puesto en práctica este procedimiento con insignificantes modificaciones por Dieffenbach en una niña de tres años, el éxito fué completo. Nélaton ha ideado un procedimiento mucho mejor, que lo ha puesto en práctica con buen resultado en un niño recién nacido.

Procedimiento de Nélaton.—Practicó este cirujano en el periné una incisión crucial, y á través de ella llegó hasta el recto. Ante todo aisló este intestino por abajo, después por los lados, y luego, á beneficio de un instrumento obtuso, lo desprendió completamente hasta la vagina. Por último, con un bisturí dividió circularmente su orificio anormal al nivel de la vagina, con lo cual quedó movable la extremidad inferior del intestino, y por consiguiente fué fácil cambiarlo de sitio y atraerlo hacia abajo para unir su orificio á la piel del periné con puntos de sutura. De este modo el intestino conservó toda su longitud, y de la fístula vaginorectal no quedó más que el orificio vaginal, que ya no se comunicaba con el recto.

Tuve ocasión de practicar esta operación, y pude convencerme de que el procedimiento de Nélaton no es aplicable á todos los casos. Tratábase de una niña de tres meses y el ano anormal estaba situado en el orificio mismo de la vagina y por delante del himen. Incindí los tejidos capa por capa hasta llegar al recto, que no lo abrí; pero en vano intenté desprender el intestino del lado de la vagina. Practiqué, como de ordinario, la operación del ano imperforado, y por este lado marchó todo con perfecta regularidad. En cuanto á la abertura anormal, refresqué la circunferencia por el procedimiento americano, como si se tratase de una fístula vaginal, y apliqué cuatro puntos de sutura. La sutura superior se frustró, y por esto queda aún un pequeño orificio, que, con los esfuerzos violentos de defecación, á pesar de la existencia del ano formado con la operación, deja pasar algunas materias; pero confío acabar con él por medio de la cauterización, y si ésta no fuese suficiente, procedería á un nuevo refrescamiento. El mayor defecto de los casos de esta naturaleza consiste en que, á causa de la dirección viciosa del recto, el esfuerzo recae sobre la pared pos-

terior de la vagina y no en la dirección del ano nuevo. Resulta de esto, que el periné se distiende y el ano artificial se cierra como lo haría un ojal cualquiera. Creo prudente no apresurarse demasiado á practicar la operación, porque, de lo contrario, las ligaduras dividen muy fácilmente los tejidos.

En mi tesis de concurso de 1864 referí la historia de una mujer de 48 años que presentaba este vicio de conformación; su marido, el médico que la había asistido en tres partos y ella misma, todos lo ignoraban; Gibert del Havre se apercibió de ello al ir á practicar el tacto rectal.

4.º *Ausencia de la parte inferior del recto.*—Tenemos para este caso dos recursos: establecer el ano natural formando en el espesor de los tejidos la porción de recto que falta, ó establecer un ano artificial. Hemos hablado ya de la formación de un ano artificial; por lo tanto únicamente debemos ocuparnos ahora del restablecimiento del ano natural.

Procedimiento ordinario.—Se empieza por incindir los tegumentos en el sitio en que corresponde el ano natural, aproximándose más al coxis que á la parte anterior del periné, y se penetra profundamente en la dirección del recto incindiendo los tejidos capa por capa y haciendo preceder á cada golpe de bisturí una exploración con el índice para no interesar la vagina ó la vejiga y para reconocer, por la prominencia que forme ó por la fluctuación, el fondo de saco del recto. Cuando se ha tenido la suerte de llegar á él, se punciona primero y después se incide, para dilatar la abertura en todos sentidos, insistiendo en lo sucesivo en la dilatación.

Este procedimiento expone á la infiltración de las materias intestinales en el tejido celular en que se ha formado el nuevo conducto, y aun cuando el niño salve este primer peligro, la estrechez ulterior del conducto produce otros accidentes por demás graves y de los cuales rara vez el niño sale con vida. Amussat ha intentado evitar este doble peligro por medio del siguiente procedimiento.

Procedimiento de Amussat.—Tratábase de una niña en la cual el recto concluía en fondo de saco á la distancia de 5 $\frac{1}{2}$ centímetros del periné; además existía el ano, pero iba á abrirse en la vagina, complicación que es extraordinariamente rara. El operador prescindió de esta complicación y trató de formar otro ano enteramente nuevo.

Colocóse la niña sobre una mesa, y como si se tratase de la operación de la talla, el cirujano practicó una incisión transversal, larga de 15 á 18 milímetros y situada por detrás del ano vaginal;

otra incisión se dirigía hacia el coxis y daba á la abertura la forma de una T, por la cual introdujo su dedo para hacerse paso entre la vagina, el coxis y el sacro. Dividió y desgarró el tejido celular que une estas partes, una sonda introducida en el ano vaginal sirvió de punto de mira para evitar la perforación de la pared posterior de la vagina, y de este modo penetró unos 6 centímetros, en cuya altura encontró la extremidad del intestino. En este momento la niña hizo instintivamente un esfuerzo, á beneficio del cual pudo reconocerse, mucho mejor que por la vagina, el punto terminal del recto, que formaba una especie de bolsa.

El operador cogió esta bolsa con una erina doble, y tirando hacia sí, desprendió el intestino de las débiles adherencias que le rodeaban, excepto por el lado de la vagina en donde fué indispensable servirse del bisturí aunque con mucha circunspección. Después de esto, fueron tan fáciles los movimientos de tracción, que bien pronto pudo percibirse en el fondo de la herida la bolsa intestinal, y el meconio salía por los lados de los ganchitos de la erina. Entonces se atravesó el fondo de saco del intestino con una aguja provista de un hilo doble, con el cual, más el auxilio de la erina, el intestino fué conducido hasta el nivel de la piel. Después de haber practicado entre el hilo y la erina una abertura bastante ancha, salió una gran cantidad de meconio y gases. Cogió con las pinzas de torsión los bordes de esta abertura y pudo atraerlos hasta el nivel de la piel, en la que los reunió por seis ú ocho puntos de sutura con objeto de impedir que las materias esterco-ráceas filtrasen entre la mucosa y la piel.

Todo salió perfectamente: los hilos no dividieron los tejidos hasta del quinto al décimo día, y la niña no experimentó accidente alguno. Sin embargo, á partir del duodécimo día, el ano artificial empezó á estrecharse y fué necesario mantenerlo dilatado á beneficio de gruesas candelillas permanentes. Amussat pudo tener noticias de esta niña hasta la edad de ocho años y medio; se conservaba perfectamente, pero tenía necesidad de sostener la dilatación del recto, introduciendo en él de cuando en cuando una cánula de madera.

Procedimiento de Verneuil.—Se practica en el periné una incisión que sigue la línea media y llega hasta el coxis, se pone éste al descubierto y se reseca una porción del mismo como de 1 centímetro. Verneuil, que ha practicado muchas veces con buen éxito esta operación, declara que de este modo se puede llegar fácilmente á una profundidad de 3 centímetros, y encontrar metódicamente la dilatación rectal.

II. — Cuerpos extraños del recto

Los instrumentos que debemos utilizar para la extracción de los cuerpos extraños situados en el recto, deben variar según la naturaleza y volumen de estos cuerpos: así es que deberemos emplear el índice solo ó con el pulgar, una cucharilla, una cuchara, pinzas de pólipos y tenacitas de litotomía para todos los cuerpos que podamos alcanzar para cogerlos; una barrena ó un tirafondo si se trata de pedazos de madera; tenazas incisivas para dividir anillos metálicos y otros cuerpos de la misma naturaleza; y finalmente, podremos á veces utilizar con ventaja las pinzas de tres ramas. Se cita como una feliz inspiración la de Marchettis, quien, teniendo que sacar del ano de una mujer pública una cola de cerdo introducida por su base y cuyas cerdas recortadas se clavaban en el intestino con los esfuerzos de extracción, consiguió introducir sobre el cuerpo extraño una cánula de caña por la cual pudo extraer sin dificultad dicha cola.

En los casos más difíciles se ha aconsejado dilatar el ano por medio de un espéculum de dos ó tres ramas, ó bien dilatar en alguna extensión el ano hacia el coxis con un bisturí de botón. Creo que la dilatación forzada practicada por el procedimiento que indicaremos como aplicable á la fisura, sería un medio más rápido, más simple y por lo menos tan eficaz como otro cualquiera.

En un sujeto que se había dejado introducir en el recto uno de estos vasos cónicos llamados vulgarmente *chop*, coloqué al enfermo cabeza abajo para llenar el vaso de yeso en pasta, con lo cual pude, sin temor de romperlo, introducir las dos ramas de un pequeño forceps y extraer el cuerpo extraño. En un caso de esta naturaleza que se presentó posteriormente en el Hospital, no se tomó esta precaución; el vaso se rompió, los fragmentos hirieron profundamente el recto, y el enfermo sucumbió. Desormeaux pudo extraer sin consecuencias una botella que medía en altura 19 centímetros, y Montanier sacó una mano de mortero de cocina de unos 30 centímetros. Habiéndose el mismo sujeto introducido más tarde un cilindro que medía 55 centímetros, éste perforó la S ilíaca y el enfermo sucumbió de una peritonitis aguda, á consecuencia de haber penetrado en la cavidad del peritoneo una enema que el mismo paciente se aplicó para calmar el dolor.

III.— Fisura del ano

La fisura del ano es una especie de grieta que va siempre acompañada de constricción espasmódica del esfínter, y afirman además algunos que esta constricción sin fisura pudiera dar lugar á los mismos accidentes. Existen, pues, dos elementos contra los cuales se ha dirigido sucesivamente la terapéutica. Así es que se ha tratado de colocar la fisura en las condiciones de una herida ordinaria á beneficio de tónicos, astringentes y narcóticos; cauterizándola con el nitrato de plata ó también escindiendo toda la superficie ulcerada, medios todos que ofrecen pocas seguridades, y que, al contrario, las más de las veces no surten efecto alguno. Mejores efectos se han obtenido combatiendo la constricción del esfínter, para lo cual contamos con dos procedimientos, la incisión y la dilatación forzada.

1.º *Incisión*.—Completamente abandonada hoy día, la incisión se practicaba antes por dos procedimientos distintos, el de Boyer y el de Dupuytren. Boyer dividía la mucosa, la piel y el esfínter hasta más allá de este músculo. Blandin había ensayado la incisión subcutánea del esfínter, aunque sin resultado. Dupuytren se limitaba á hacer una pequeña incisión en la mucosa al nivel de la fisura con el objeto de transformar una herida sin tendencia á curarse en herida reciente y cruenta. Todavía ví operar á Laugier de esta manera en un enfermo atacado de ligeras hemorroides y fisura; la simple incisión hecha por Laugier produjo la infección purulenta y la muerte.

Chassaignac practicaba la operación de Boyer introduciendo el trócar conductor de la cadena á 2 centímetros del ano, para darle salida por la abertura anal, y seccionaba por estrangulación las partes intermedias.

2.º *Dilatación forzada*.—Echado el enfermo sobre el borde de la cama, con los muslos fuertemente doblados y separados al mismo tiempo, el cirujano introduce uno tras otro los dos pulgares en el recto y apoya los otros cuatro dedos sobre las tuberosidades ciáticas; separando bruscamente los dos pulgares, se nota la sensación de una ruptura profunda; salen de la fístula algunas gotas de sangre, aparece alrededor del ano un equimosis más ó menos intenso; pero hasta el presente no se ha notado ningún otro accidente. Es inútil aplicar curación alguna después de la operación, y desde el

día siguiente el enfermo puede permanecer de pie y sentarse sin experimentar dolor alguno.

Apreciación.—El elemento importante de esta enfermedad no es la fisura, sino la contracción espasmódica y dolorosa del esfínter. El único método que debe emplearse es, pues, la dilatación forzada.

IV.— Fístula del ano

Se distinguen las siguientes clases de fístulas: *ciegas externas*, que no penetran en el intestino; *ciegas internas*, que no salen al exterior, y fístulas *completas*, que consisten en un conducto que va del intestino á la piel que rodea el ano. Existen frecuentemente muchos orificios que se abren al exterior; es más raro encontrarlos en el interior; pero lo que sí se ve también es que muchos senos desemboquen en el conducto principal. El orificio interno forma á veces un mamelón prominente, pero no es constante y por esto es difícil reconocerlo por el tacto. Se le encuentra generalmente entre la piel y el esfínter ó en el tejido mismo del esfínter, y raras veces á mayor distancia de 3 centímetros del ano. Cuando sube á mayor altura, por lo común el intestino está en mayor ó menor extensión desprendido de los tejidos circundantes.

El tratamiento de las fístulas *ciegas externas* en nada difiere del de las úlceras fistulosas ordinarias, que consiste en el uso ordenado de las inyecciones, la compresión, la cauterización, ó bien el refrescamiento del trayecto, la dilatación del orificio exterior si dificulta la salida del pus ó la escisión de una porción de piel callosa y enferma, y por último, si la pared del recto estuviese tan adelgazada que no fuese posible esperar su adhesión, tendríamos un último recurso en comprender al recto en la incisión del trayecto fistuloso.

Las fístulas *ciegas internas* exigen una ancha abertura por una incisión comprendiendo á la vez el recto y los tegumentos.

Respecto de las fístulas *completas* se han ensayado contra ellas los tratamientos de las úlceras fistulosas: inyecciones, compresión y cauterización, habiéndose obtenido algunas curaciones, pero tan raras como lo son las curaciones espontáneas. Su comunicación con el recto, el rezumamiento de las materias que atraviesan este intestino y la salida de los gases, son obstáculos tan poderosos á la obliteración del trayecto fistuloso, que aún se cuentan menos curaciones de este género que de las fístulas estercoráceas consecutivas

á las hernias estranguladas. Existe en este caso una indicación muy especial, la destrucción de las partes blandas que separan la fistula de la cavidad rectal, para confundir en un conducto único la fistula y el intestino. Se llega á este resultado por la *incisión*, la

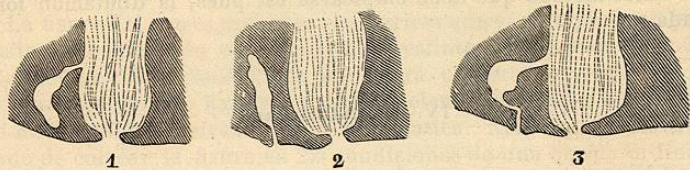


FIG. 609 FIG. 610 FIG. 611
Fistula ciega interna Fistula ciega externa Fistula completa

ligadura elástica, la *electrolisis*, la *sección por pellizcamiento* y la *estrangulación lineal*.

Todas estas operaciones exigen que el cirujano se asegure bien previamente, tanto de la dirección de la fistula como de la existen-

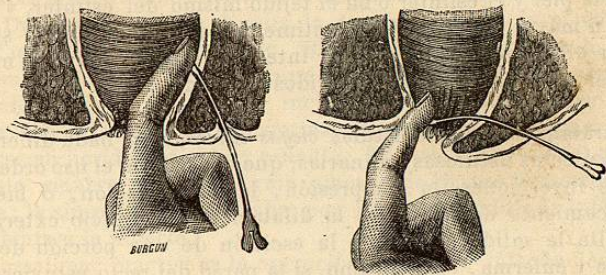


FIG. 612
Fistula del ano.—Introducción de la sonda acanalada

cia y posición de su orificio interno; esta exploración se practica por el procedimiento siguiente:

Echado el enfermo sobre el borde de la cama con el muslo inferior extendido y el otro doblado, un ayudante se encarga de separar las nalgas, en cuya posición el cirujano reconocerá fácilmente el orificio externo de la fistula por el líquido estercoráceo que de él sale. Cuando el orificio interno se encuentra en medio de una pequeña induración ó de una úlcera algo extensa, el índice puede encontrarlo; de lo contrario, podemos examinar la región por me-

dio del *speculum ani*. Pero es raro tener que recurrir á este instrumento; nos limitamos en general á introducir en el orificio externo un estilete de botón de plata recocido, el cual recorre el trayecto fistuloso hasta el orificio rectal. Este estilete penetra fácilmente cuando el trayecto fistuloso es simple y directo; pero cuando sufre inflexiones en diversos sentidos ó desembocan en él muchos senos, es necesario introducir el estilete en cada uno de ellos. Finalmente, sucede con alguna frecuencia que el estilete, después de haber penetrado con libertad hasta el intestino, queda detenido

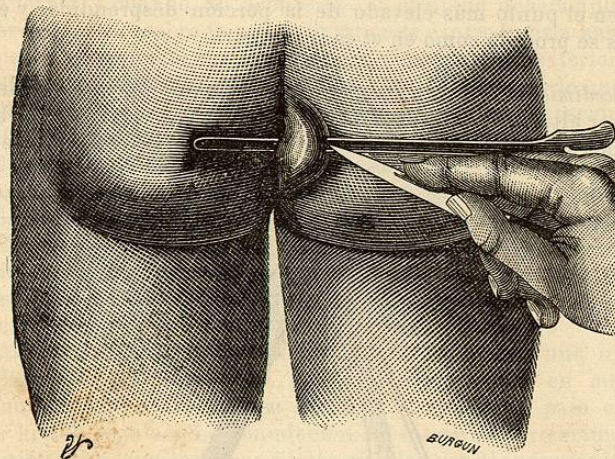


FIG. 613
Fistula del ano.—Sección sobre la sonda acanalada

por la mucosa, que se la encuentra desprendida en mayor ó menor extensión, y por esto no es posible dar con el orificio interno. Esta circunstancia no es una contraindicación absoluta de la operación, únicamente que se hace indispensable modificar el procedimiento operatorio.

1.º *Incisión*.—Se practica principalmente por dos procedimientos, aplicables según que el orificio interno esté al alcance del dedo ó que, al contrario, esté situado en un punto muy alto.

Procedimiento ordinario.—Cuando el orificio interno está al alcance del dedo, después de colocado el enfermo como hemos indicado para la exploración, el cirujano introduce por el orificio externo una sonda acanalada de plata recocida y flexible, y al

mismo tiempo introduce en el recto el índice izquierdo. Cuando se nota que el extremo de la sonda choca contra las tunicas del intestino, el dedo introducido va en busca del orificio interno de la fistula, la sonda lo atraviesa, y luego el dedo hace salir el instrumento por el ano. En esta disposición, se desliza la punta del bisturí á lo largo del canal de la sonda, con el filo mirando hacia afuera para seccionar en un solo tiempo y de dentro á fuera todas las partes levantadas por ésta, es decir, la piel, el ano y el intestino (fig. 613).

Si no es posible encontrar el orificio interno, se perfora la mucosa en el punto más elevado de la porción desprendida, y en lo demás se procede como en el caso ordinario.

Procedimiento de Desault.—Cuando el orificio interno está situado á mayor altura, se introduce por el ano un gorgerete de boj ó ébano de forma semicilíndrica por un lado, anchamente acanalado, termi-

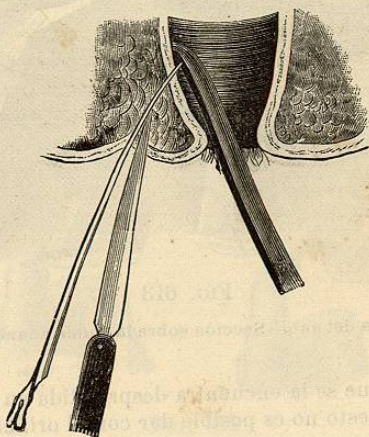


FIG. 614

Fístula del ano.—Procedimiento de Desault

nando en fondo de saco por el otro y bien embadurnado de aceite. Se introduce en seguida la sonda en el trayecto fistuloso como de ordinario, y se hace chocar su extremidad contra el fondo de saco del gorgerete; luego, para asegurarse de su perfecto contacto, se hacen deslizar los dos instrumentos el uno sobre el otro, y después de esto, se confía el gorgerete á un ayudante, que lo sostiene con firmeza inclinándolo hacia la nalga sana. El cirujano coge la sonda

por sí mismo, y conduce á lo largo de la canal del instrumento la hoja de un bisturí recto hasta llegar al gorgerete, é inclina un poco el instrumento cortante sobre éste á fin de cortar, tanto con el filo como con la punta, y para que obre serrando más que por presión. Dirige, pues, el bisturí hacia sí apoyado siempre en el gorgerete, y de este modo divide cuanto se encuentra comprendido entre ambos instrumentos. Aseguraremos que la incisión ha sido completa, cuando podamos retirar juntos y mantenidos en contacto la sonda y el gorgerete, porque bien se comprende que si alguna porción de tejidos hubiese quedado sin dividir, impediría su extracción en esta forma, y cuando tal acontezca, el cirujano deberá aplicar de nuevo el bisturí sobre la canal de la sonda é introducirla hasta que se ponga en contacto con el gorgerete, para atraer al exterior aquél y éste reunidos en ángulo, con lo cual hay la seguridad de que nada de lo comprendido en el seno de este ángulo podrá escapar á la acción del instrumento cortante.

En el caso de que no sea posible encontrar el orificio interno, cuando la sonda está apoyada contra el gorgerete por el intermedio de la pared intestinal, se operará con el bisturí, como en el caso ordinario, porque este instrumento dividirá entonces dicha pared, ó bien podremos servirnos de una sonda de acero algo puntiaguda que atravesase por sí misma la pared intestinal para apoyarse directamente contra el gorgerete.

En los casos de fístula simple, será suficiente una incisión también simple; pero si la piel está desprendida en mayor ó menor extensión, es preciso dividirla y escindirla para obtener una herida regular. La denudación del intestino por encima de la incisión exige que con unas tijeras guiadas por el índice se incinda la porción desprendida y flotante. Cuando existen muchos trayectos fistulosos que desembocan en un orificio común, es necesario dividirlos todos sucesivamente, y si la piel que los separa es delgada, está desprendida ó alterada, deberemos escindirla. Raras veces es necesaria la escisión de las porciones induradas; basta por lo regular escarificarlas en diversos sentidos, para que la supuración las resuelva. Y finalmente, cuando después de practicada la escisión se ve que el fondo de la fistula es desigual, está surcado de pequeños senos ó pequeños trayectos fistulosos sin orificio interno, es necesario incindirlos libremente.

Más adelante nos ocuparemos de la cuestión de las curaciones.

2.º *Estrangulación lineal.*—Ha gozado durante algún tiempo de cierto favor, pero ha sido luego justamente abandonado para las fistulas poco profundas. Por el contrario, conviene emplearlo en razón de la vascularización del recto y de la altura bastante grande de las partes incindidas, cuando se trata de fistulas cuyo orificio

está situado muy alto, las cuales pueden llamarse *pelvi-rectales superiores*.

Se dilata previamente la fístula, si así conviene, y se conduce hasta el punto deseado un trócar curvo de drenaje; se coloca en el ojo, que está cerca de la punta, un hilo que sirve para conducir la cadena á través del trayecto de la fístula. Si el orificio interno está situado muy alto, se retira el punzón del trócar cuando ha atravesado la pared rectal, se introduce en la cánula una candelilla fina que va á cogerse por el recto y sale por el ano, se le ata el hilo, y al retirarla, queda colocado el hilo conductor de la cadena.

3.º *Ligadura elástica*.—También ha gozado algo del favor de algunos cirujanos, pero es un procedimiento tan lento y tan doloroso que ha sido justamente abandonado. La ligadura elástica no puede ponerse en parangón con la estrangulación lineal; en la fístula del ano, es un procedimiento absolutamente inaceptable (1).

4.º *Electrolisis*.—Muchas veces he ensayado la electrolisis por fístulas estrechas con variables resultados. Casi nunca he conseguido un éxito satisfactorio en las fístulas completas; pero en las pequeñas fístulas ciegas externas es un buen procedimiento de éxito casi seguro. Al practicarlo, procedo del modo siguiente:

(1) El doctor Giné, fundado en su experiencia, ha protestado enérgicamente contra este desdeñoso juicio de Le Fort con respecto á la ligadura elástica aplicada al presente caso.

La única dificultad que el digno catedrático de Clínica quirúrgica de Barcelona encontraba para la aplicación de la ligadura elástica en la operación de la fístula anal, la ha resuelto satisfactoriamente con el ingenioso proceder de las cuñas, que facilitan la reestricción de la ligadura.

Estas cuñas son de boj, miden 3 centímetros de altura, 2 y medio de amplitud y 2 de longitud. Su base es suavemente curvilínea y se halla labrado en ella longitudinalmente un ancho y superficial surco ó canal. La arista de estas cuñas es muy cortante; su cuerpo está atravesado en toda su longitud por un conducto cilíndrico de unos ocho milímetros de diámetro, conducto que corresponde mas cerca de la arista que de la base y sigue una dirección paralela á la del mencionado surco.

Colocado el tubo de caucho á lo largo del conducto fistuloso, se introducen sus dos cabos en dirección opuesta en el conducto de la cuña, se aplica la arista de ésta sobre la línea de sección de los tejidos, en sustitución del semicírculo exterior del hilo, y conducido éste sobre la base de la cuña se le anuda fuertemente apoyada en el surco de la misma. Si la línea de sección exterior es extensa, se aplican dos ó más cuñas comprendidas dentro un mismo círculo constrictor.

Delens resuelve la dificultad de la reestricción de un modo más sencillo, pero quizá no igualmente eficaz. Colocado el hilo de caucho dentro del conducto fistuloso, lo distiende cuanto permite su extensibilidad, y en este grado de tensión entrecruza los dos extremos y les comunica un movimiento de torsión en sentido inverso (como se tuerce el hilo en la sutura metálica) y acto continuo un ayudante aplica un cordonete fuerte en el punto de entrecruzamiento y lo sujeta con doble nudo.

introduzco en la fístula un estilete ordinario en relación con el polo negativo de mi aparato y una esponja mojada aplicada sobre la piel ó introducida en el ano en comunicación con el polo positivo. A los dos ó tres minutos del paso de la corriente, se produce una escara blanda que comprende toda la pared del trayecto fistuloso y ordinariamente en pocos días se consigue la curación.

5.º *División por pellizcamiento*.—El instrumento que se emplea para este proceder es el enterotomo de Dupuytren. Se divide con el bisturí el puente cutáneo que separa el ano del orificio externo; se introduce la rama macho en la fístula y la hembra en el recto á la suficiente altura para comprender todas las partes que hay que dividir y luego se cierra el instrumento con fuerza. Este procedimiento en algunos casos, aunque pocos, podrá tener aplicación, pero, en general, son preferibles la estrangulación lineal y el asa galvano-cáustica.

6.º *División con el termocauterio*.—Se opera como para la incisión con el bisturí por lo que respecta á la introducción de la sonda acanalada, y luego se dividen por pequeños cortes los tejidos que acabalgan sobre la sonda. El termocauterio obra casi con tanta rapidez como el bisturí, y es preferible cuando se trata de enfermos que tienen hemorroides.

Apreciación.—Para las fístulas que ocupan la región de los esfínteres, el bisturí es el medio que más comunmente se emplea, pero se le puede substituir con ventajas por el termocauterio. Si la fístula sube más arriba, el estrangulador y el asa galvánica son preferibles al bisturí. El enterotomo es especialmente aplicable á los casos excepcionales de fístulas que alcanzan puntos muy elevados y en los cuales el recto se halla extensamente despegado.

He de indicar aquí dos particularidades referentes la una á la cura consecutiva y á la reunión por primera intención, y la otra á la incontinencia de las materias, que es una consecuencia posible de la operación de la fístula del ano.

1.º *Reunión por primera intención*.—El objeto que se propone la operación es transformar la fístula en una herida abierta, que desde este momento se cubre de granulaciones y se cicatriza del fondo á la superficie. Me ha parecido que una vez puesta al descubierto la fístula por la incisión, era posible transformarla en una herida viva, ya sea escindiendo las paredes de la fístula con el bisturí, ya separándolas por el rascado, y después de esto procurar por medio de la sutura la reunión inmediata. Cuando se pudiera conseguir esto, se abreviaría notablemente la duración, á veces