

muy prolongada, del tratamiento ulterior. Hé aquí mi procedimiento: empiezo poniendo en práctica el procedimiento ordinario por incisión con el bisturí; separo por la escisión ó el rascado la pared de la fistula y reuno toda la herida por algunos puntos de sutura metálica.

En la inmensa mayoría de los casos que he empleado este procedimiento, he obtenido, y en pocos días, una curación que por el procedimiento ordinario hubiera necesitado algunas semanas. Este proceder tiene además la muy grande ventaja de evitar el accidente de que acabo de hablar.

2.º *Incontinencia de las materias.*—En los casos de fistula en que el orificio externo se encuentra más allá del esfínter, el músculo dividido tiende á retraerse y los dos bordes de la herida, que circunscriben un triángulo cuya base corresponde al ano y el vértice á la nalga, tienden á permanecer separados. En estos casos, con bastante frecuencia la cicatrización de los dos bordes, ó mejor de las dos heridas resultantes de la incisión, se efectúa aisladamente hasta una distancia más ó menos grande del ano, y en una extensión más ó menos grande la circunferencia anal presenta un borde cicatricial que forma una muesca más ó menos profunda sin tendencia á cerrarse, puesto que en este punto no existe el esfínter. Esto tiene por resultado la formación de un canal, á lo largo de la cual se escapan las materias líquidas. Para corregir esta disposición, que la he encontrado muchas veces en enfermos de mi visita operados por otros cirujanos ó por mí mismo mucho tiempo atrás, he practicado la operación siguiente con objeto de restablecer la interrumpida continuidad del esfínter anal.

Por cada lado de la parte circunscrita por la cicatriz practico dos incisiones, que se reúnen más allá del esfínter, interceptando un triángulo de partes blandas que los separa, triángulo de base bastante estrecha, y los reuno por primera intención á beneficio de algunos hilos metálicos. De este modo he restablecido la interrumpida continuidad de las dos mitades del anillo contráctil formado por el esfínter y así consigo el objeto, de modo que nunca me cansaré de recomendarlo para corregir la incontinencia de las materias líquidas, restableciendo el juego del esfínter.

V.—De los pólipos del recto

Estos pólipos son generalmente blandos, varicosos, esponjosos ó fungosos, ordinariamente redondeados ó piriformes, algunas veces en forma de hongo, y á menudo parecen formados por la reunión

de muchos lóbulos: por otra parte, están adheridos á la mucosa por una base ancha ó por un pedículo más ó menos largo y estrecho. Su volumen varía desde el de un guisante hasta el de un huevo de gallina. Por lo general, se implantan en la porción del recto inmediata al ano; pero algunas veces se alejan de esta abertura lo bastante para que el dedo no pueda alcanzar su pedículo.

Podemos atacar estos pólipos por todos los medios empleados contra los demás; escisión, ligadura, estrangulación lineal, cauterización, etc., pero los procedimientos más en uso son: la escisión y la ligadura.

1.º *Escisión.*—Después de haber aplicado una enema al enfermo, se le recomienda que haga esfuerzos de defecación para expulsarla, á fin de que al propio tiempo salga el pólipo al exterior. Alcanzado esto, se coloca al enfermo echado de lado, y cogiendo el pólipo con unas pinzas, se le atrae, para poner de manifiesto su pedículo y seccionarlo con las tijeras. Si no fuese posible hacer salir al exterior el pedículo, dilataríamos el ano con un espéculum.

2.º *Ligadura.*—Después de atraído el pólipo al exterior como para la escisión, se aplica alrededor de su pedículo una ligadura fuertemente apretada, y se escinde el tumor por debajo del hilo y á una distancia suficiente para que éste no pueda deslizarse. Después de esta escisión, el pedículo entra de nuevo con la ligadura en la cavidad del recto, y se desprende después de algunos días.

En un caso de pólipo del volumen de un huevo, cuya raíz correspondía á 16 centímetros por encima del ano, Desault practicó la ligadura por medio de los instrumentos que sirven para ligar los pólipos del útero, y sin practicar la escisión: el enfermo curó.

En los casos de pólipos de pedículo muy ancho podría emplearse con ventaja la ligadura elástica.

VI.—Procidencia de la mucosa rectal

Esta enfermedad es lo que se llama impropriamente *caída del ano* ó *caída del recto*; y consiste simplemente en estar la mucosa relajada y desprendida de las demás túnicas, saliendo al exterior durante la defecación ó por otros esfuerzos.

Hánse ideado diversos aparatos para sostener el ano y oponerse al prolapso. Cuando por ser insuficientes estos medios nos vemos

obligados á recurrir á la medicina operatoria, debemos tomar en cuenta dos elementos principales: la dilatación del ano y la relajación de la mucosa; y contra ellos van destinados los procedimientos puestos sucesivamente en práctica. De aquí se desprenden dos métodos muy distintos, de los cuales el primero tiene por objeto estrechar el recto, y el otro destruir la porción excedente de la mucosa.

PRIMER MÉTODO. *Estrechamiento del ano.*—Existen tres procedimientos: la escisión de los pliegues del ano, la escisión del esfínter y la cauterización.

1.º *Escisión de los pliegues del ano. Procedimiento de Dupuytren.* Echado el enfermo sobre el vientre, con la parte superior del tronco y la cabeza en una posición declive, y la pelvis, al contrario, muy elevada por medio de muchas almohadas, el cirujano separa los muslos y las nalgas del operado, para poner claramente de manifiesto el ano; luego, armado de unas pinzas de disección de bocados anchos para causar menos dolor, coge sucesivamente á la derecha y á la izquierda y también por delante y por detrás dos, tres, cuatro, cinco ó seis pliegues radiados del ano, que algunas veces son aplanados y otras prominentes, y con las tijeras curvas por el plano, escinde cada pliegue á medida que los levanta. Esta escisión debe prolongarse hasta el ano y aun por dentro de esta abertura, para que la retracción tenga lugar en mayor espacio; y cuando la relajación es muy considerable, podemos prolongar la escisión hasta 13 milímetros. Cuando se trata de una mediana relajación, es suficiente la escisión de uno, dos ó tres pliegues de cada lado; en el caso contrario, es necesario multiplicar las escisiones.

No hay necesidad de curación alguna, y la reunión de las pequeñas heridas se efectúa por primera intención.

2.º *Escisión del esfínter. Procedimientos de Robert.*—Este cirujano practica dos incisiones que, comprendiendo una porción del esfínter y de los tegumentos, vienen á reunirse por delante del coxis; y después de haber separado con las tijeras curvas todas las partes blandas comprendidas entre estas incisiones, reúne la herida por sutura.

3.º *Cauterización.*—Se emplea para ello el hierro candente ó el termocauterio, y cuenta tres procedimientos.

Cauterización en rayas.—Colocado el enfermo como de ordinario,

haciendo sobresalir el ano todo lo posible, el cirujano aplica en diversos puntos de su circunferencia un cauterio cultelar calentado al blanco, con el cual se practican cuantas rayas de fuego se consideran necesarias, procurando traspasar los límites de la piel. El número de rayas se regula por los mismos principios expuestos para la incisión de los pliegues del ano.

Cauterización en puntos.—En los niños, Guersant se limita á aplicar cuatro puntos de fuego alrededor del ano por medio de un cauterio olivar ó en punta; en esto consiste á corta diferencia el antiguo procedimiento de Leónide.

Cauterización del esfínter. Procedimiento de Bégin.—En los casos sencillos, Bégin introducía en el ano á la profundidad de 1 á 2 centímetros, un cauterio cilindrico calentado al blanco. El esfínter, dice este cirujano, se contrae con fuerza sobre el instrumento, y se aplica contra él la membrana mucosa, lo mismo que la porción circular más inmediata á los tegumentos. La cauterización es instantánea.

SEGUNDO MÉTODO.—*Dstrucción de la mucosa.*—Para ello podemos recurrir á la escisión, á la ligadura, á la estrangulación lineal, á los cáusticos y á todos los procedimientos aplicables al tratamiento de las hemorroides. El cauterio actual es el justamente preferido.

Procedimiento de Kluyskens.—En un caso en que la mucosa inducida formaba al exterior un tumor del volumen de una manzana regular, Kluyskens aplicó sucesivamente encima del mismo tres cauterios olivares calentados al blanco, procurando introducir la punta en la abertura anal, á fin de interesar y reducir á escara toda la mucosa herniada.

Fácilmente se comprende que en este caso la llamada por Kluyskens *abertura anal*, no es otra cosa que la abertura central de la mucosa, y que este cirujano jamás se propuso cauterizar el ano mismo. Por lo demás, sólo atacaba de este modo los prolapsos antiguos con induración y degeneración de la mucosa.

Apreciación.—El primer método es especialmente aplicable á los casos ligeros, recientes, y sobre todo en los niños, y entonces el cirujano puede escoger entre la escisión de algunos pliegues mucosos ó cutáneos y la cauterización en rayas ó puntos. En los adultos, estos procedimientos son generalmente insuficientes, y la aparente curación que con ellos se alcanza, las más de las veces va seguida de recidivas. Raras veces se ha puesto en práctica la

escisión del esfínter, y no es fácil calcular lo que puede dar de sí. La cauterización del esfínter, por el contrario, es demasiado eficaz, si así puede decirse, ya que puede producir en el ano una estrechez tan grave como la afección primitiva.

No es menos eficaz el segundo método, siempre que la dilatación del ano no ha alcanzado un grado muy considerable; así es que, cauterizando la parte superior de la mucosa, se obtienen curaciones definitivas sin estrechez consecutiva del ano.

Por lo demás, en los casos más graves, es decir, cuando el ano ha perdido toda su retractilidad y el tumor está indurado, fungoso é irreductible, es evidente la necesidad de combinar ambos métodos; pero aun en los casos de esta naturaleza, es temible la estrechez consecutiva; Bégin habla de un enfermo en quien, no contento con introducir un cauterio cilíndrico en la abertura central, pasó por la superficie del tumor un cauterio plano, y acabó por recorrer con un cauterio olivar todo el surco circular que separaba el tumor de los tegumentos del ano. Un mes después de la operación, Bégin se envanecía con poder decir que resultó un ano estrecho, firme y que apenas permitía la introducción del dedo; pero nada dice del estado en que debió encontrarse el punto operado seis meses ó un año más tarde.

Antes de emplear ningún procedimiento quirúrgico, será útil ensayar el efecto de las corrientes galvánicas y farádicas para devolver al esfínter su menguada acción.

VII. — De las hemorroides

Los tumores hemorroidales se denominan internos ó externos, según que se hayan desarrollado por encima ó por debajo del orificio anal. Su naturaleza es todavía objeto de discusión; en su origen, parecen debidos al desarrollo varicoso de las venas hemorroidales; pero á la larga, sea que las varices dilatadas se abran en el tejido celular, sea que los capilares tomen parte en la dolencia, ello es que acaban por ofrecer alguna apariencia de tejido eréctil. En suma, lo que al cirujano importa saber, es que no se aplica el bisturí sobre estos tumores sin determinar una hemorragia casi incoercible.

Casi siempre que las hemorroides han empezado por ser internas, acaban por salir á través del ano; y cuando tal acontece, si se inflaman, la extraordinaria dilatación que sufren ocasiona una especie de estrangulación por la enérgica resistencia que opone el esfínter. Podemos intentar su reducción por las maniobras de taxis; algunos han creído que es lo mejor el desbridamiento del

ano; pero seguramente sería preferible dilatar el ano como se hace para la fisura, si no fuese por lo general suficiente calmar la inflamación. Para evitar la recidiva, no hay otro medio seguro que la extirpación del tumor.

Con este objeto se han empleado: la ligadura, la estrangulación lineal, el cauterio actual y los cáusticos. Sea cual fuere el procedimiento que se acepte, es precaución indispensable el desembarazar los intestinos, administrando un purgante el día anterior al de la operación.

1.º *Escisión.*—Echado el enfermo sobre el lado afecto, y mientras que un ayudante levanta la nalga opuesta para poner claramente de manifiesto los tumores que se trata de eliminar, el cirujano los coge uno tras otro con una pinza erina, y los secciona por la base con un bisturí ó con unas fuertes tijeras curvas por el plano.

Si las hemorroides son internas, debemos ordenar al enfermo hacer esfuerzos de defecación, y cuando hayan salido al exterior, procederemos á la operación como de ordinario.

Tratándose de tumores aislados, Boyer empezaba por atravesar cada uno de ellos con una aguja curva enhebrada con un hilo, ó cogerlos con erinas; pero cuando, lo que es muy frecuente, formaban un grueso rodete dividido en muchas porciones separadas ó por depresiones más ó menos profundas, colocaba un asa de hilo en cada porción, con objeto de evitar que, al retraerse el ano por el dolor de la primera escisión, los demás tumores se ocultaran en el interior del recto.

2.º *Ligadura.*—Se aplica del modo ordinario, ya con un solo hilo, si el tumor es pequeño y pediculado, ya atravesándolo con una ó muchas agujas enhebradas con hilos dobles y constriñendo aisladamente cada una de las porciones.

3.º *Estrangulación lineal. Procedimiento de Chassaignac.*—Cuando existe un tumor de fácil pediculación, Chassaignac rodea su base con una asa de hilo, y le aprieta fuertemente como para la ligadura ordinaria, para aplicar en seguida en este pedículo su estrangulador, cuya marcha debe ser lenta, de manera que sólo gane una muesca cada medio minuto, tardando, para operar la sección, de siete á diez minutos. Cuando el tumor abarca mayor extensión, lo atraviesa con agujas, para colocar tantas ligaduras como sea necesario. Finalmente, los tumores internos que ocupan toda la circunferencia del recto, Chassaignac los coge con una erina especial de seis ramas, las cuales, por un sencillo mecanismo, se sepa-

ran en el interior del recto. Así cogido todo el tumor, lo atrae al exterior, rodea su base con una asa de hilo, y en este pedículo artificial aplica, como de ordinario, el estrangulador. Obranño por este método, casi con seguridad se evita la hemorragia.

4.º *Cauterio actual. Procedimiento de Ph. Boyer.*—Se manda al enfermo que haga esfuerzos de defecación hasta que los tumores aparezcan al exterior, entonces se les coge con unas pinzas y se atraviesa cada mitad del rodete con hilos de latón afilados en su extremidad á manera de alfileres. En esta disposición, se introduce por el centro del rodete á 2, 3 ó 4 centímetros de profundidad, un cauterio cilíndrico ú olivar calentado al blanco, y se reaplica las veces que se crea necesario.

Procedimiento de Richet.—Se pasa por la base de cada paquete hemorroidal un hilo metálico que lo hace prominente y lo aparta del ano; hecho esto, coge sucesivamente cada uno de ellos entre los bocados de unas pinzas especiales, parecidas á las que usan los peluqueros para rizar el pelo, previamente calentadas al rojo. Richet ha dado á su procedimiento el nombre de volatilización de las hemorroides, denominación bastante apropiada, porque ordinariamente desaparece la hemorroide carbonizada.

5.º *Cáusticos.*—Podemos atacar directamente el tumor, ó limitarnos á cauterizar el pedículo.

Cauterización del tumor. Procedimiento de Jobert.—Sirvese este cirujano de una especie de cápsula metálica cuyas dos mitades articuladas se aplican contra la base del tumor para estrecharlo cuanto sea necesario, y en esta disposición, se ataca el tumor con la pasta de Viena sin peligro alguno para las partes inmediatas.

Cauterización del pedículo. Procedimiento de Amussat.—Existe también un instrumento especial denominado por Amussat *pinza portacáusticos*, semejante á las pinzas de disección; pero con la circunstancia de que se puede cerrar por medio de un tornillo ó tuerca, y además tiene sus ramas curvas y terminan por un vástago transversal formando una T, el cual tiene surcos que se llenan de cáustico de Filhos.

Cauterización en puntos.—En vez de atacar todo el paquete hemorroidal, me limito á cauterizar cada mamelón con una pajueta mojada en ácido nítrico *monohidratado*. La inflamación eliminatriza de la escara produce la obliteración de la hemorroide.

6.º *Dilatación forzada del ano.*—Fontan (de Lyon) ha propuesto este procedimiento, que emplea del mismo modo que en la fisura anal.

Apreciación.—La ablación de los tumores hemorroidales es siempre una operación seria, porque trae consigo el peligro de la flebitis y de la infección purulenta. La escisión, que es, bajo este punto de vista, el más peligroso de todos los procedimientos, expone además á formidables hemorragias. La ligadura es especialmente aplicable á los tumores aislados y de base estrecha. La cauterización por los cáusticos es inferior á la del hierro candente, y los procedimientos de Jobert y Amussat están con justicia abandonados. La estrangulación lineal puede emplearse para los tumores voluminosos, pero todos estos procedimientos son muy inferiores al de Richet; que tiene de su parte las cualidades de ser rápido, fácil, eficaz y de relativa inocuidad. El cirujano tendrá siempre presente la posibilidad de la estrechez consecutiva del ano á la cual exponen todos los procedimientos, sobre todo la estrangulación lineal.

Sobre este particular debe tenerse muy en cuenta una circunstancia sobre la cual he de llamar la atención. En general, la ablación de los tumores que se encuentran por encima del ano y se hallan únicamente cubiertos por la mucosa no va seguida de estrechez, sin duda porque en este caso la pérdida de sustancia tiene lugar en un punto del recto de por sí muy dilatado. Pero cuando el tumor ocupa toda la circunferencia del ano y hay que escindir una zona circular de la piel, la estrechez es inevitable. Por esto he de insistir sobre la capital precaución, ya recomendada por J. L. Petit, de respetar todo lo posible los tegumentos de la circunferencia del ano, y hasta en el caso de que exista un círculo completo de hemorroides, será más conveniente conservar una parte del tumor.

La dilatación forzada del ano, muy recomendada en estos últimos años, carece casi en absoluto de acción contra las hemorroides en sí; pero en cambio tiene muy poderosa eficacia contra un accidente que complica con bastante frecuencia las hemorroides, que es la esfínteralgia. En estos casos he empleado con el mejor éxito este medio, y si bien no han desaparecido las hemorroides, los dolores han cesado por completo. Haciendo desaparecer la contractura y la congestión local consecutiva, obra indirectamente sobre las hemorroides; pero no por esto me decido á considerar este recurso como curativo de las mismas, sobre todo si son internas; esto es cuando menos lo que resulta de mi experiencia personal.

VIII.— Taponamiento del recto

En caso de hemorragia, puede practicarse el taponamiento del recto introduciendo por el centro una compresa cuadrada de manera que forme un fondo de saco bastante considerable, que luego se llena de hilas, y cuyos ángulos se aplican fuertemente tirantes sobre las nalgas. Con este mismo fin Levret aplicó con buen resultado una vejiga de cerdo llena de hilas. Estas hilas, que se apelo-tonan y luego es difícil quitarlas, pueden sustituirse con ventaja por el *taponamiento en cola del cometa*, que describiré al hablar de la vagina. Pero todos estos medios son muy inferiores á la pera de caucho vulcanizado de Gariel, que se introduce vacía y luego se llena de aire. Este aparato debe permanecer colocado cuatro ó cinco días, y si la necesidad de obrar obligase á quitarlo antes de este período, debería hacerse con mucha circunspección para volverlo á reaplicar en seguida.

IX.— De la estrechez del ano

Muchas veces es la consecuencia de las operaciones anteriormente descritas. No obstante, puede ser también congénita, y de ello refiere Boyer dos ejemplos.

Sea cual fuere su origen, este cirujano aconseja hendir el ano mediante dos incisiones laterales bastante profundas, é introducir en ellas gruesos lechinos, que el enfermo debe continuar usando mucho tiempo aún después que estén completamente cicatrizadas las heridas. Nada tengo que oponer á la operación en sí; pero creo que, para no exponerse á ver reproducida la estrechez, es necesario introducir en el ano, durante muchos años, un cuerpo dilatador de mayor consistencia que las mechas.

X.— De las estrecheces del recto

Las estrecheces del recto afectan distintas variedades: trátase unas veces de un tabique transversal situado únicamente en un lado del recto, ó en toda su circunferencia dispuesto á manera de diafragma estrechamente agujereado en el centro, y otras veces existe una coartación de todas las tunicas del intestino en la

extensión de 1 á 3 centímetros y aún más, lo cual reduce su calibre al diámetro de una pluma ordinaria. Las primeras están situadas, por lo general, á 3 y 6 centímetros de altura y reconocen por origen la induración de las válvulas mucosas del recto; las demás suben más arriba, muchas veces más allá de los alcances de los instru-

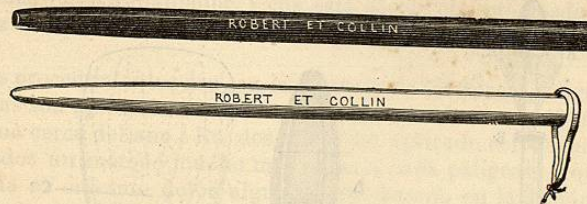


FIG. 615

Candelillas rectales

mentos, y frecuentemente son producidas por degeneraciones cancerosas.

Las estrecheces simples han sido tratadas por la cauterización, como se hace con las de la uretra; pero, lo mismo que en éstas, se aplican más frecuentemente la dilatación y las incisiones.

1.º *Dilatación*.—Se ha intentado dilatar el recto introduciendo mechas en el intestino, unas veces valiéndose para ello de un simple portalechinos, y otras mediante una sonda cubierta de una bolsa de tela, que se llena de hilas después que ha franqueado la estrechez; ó, en fin, con instrumentos aún más complicados, como los de Beylard, Huguier y Nélaton.

Creo que uno de los mejores medios es la introducción de sondas de goma elástica de calibre proporcional al grado de la estrechez, y abiertas en su extremidad para dar paso á los gases en caso necesario. Se las emplea del mismo modo que en la uretra, ya dejándolas permanentes, ya introduciéndolas una sola vez al día aumentando progresivamente su calibre.

2.º *Incisiones*.—Colocado el enfermo en decúbito supino, con los muslos separados y doblados como para la talla perineal, empieza el cirujano por introducir su índice izquierdo hasta la estrechez; desliza en seguida á lo largo de la cara palmar de este dedo un tenotomo obtuso que sólo corta en la extensión de 12 á 18 milímetros; lo introduce en el orificio de la estrechez; dirige el filo contra la brida, y la divide retirando el instrumento. Si la estrechez es lateral, una sola incisión basta, pero para un tabique

circular, son necesarias por lo menos dos, colocadas en dos puntos diametralmente opuestos, y no hay inconveniente alguno en practicar mayor número. Después de esto se introduce en seguida una sonda ó gruesa mecha hasta más allá del sitio de la estrechez, uniendo así la dilatación á la incisión.

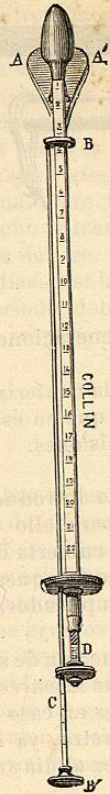


FIG. 616

Rectotomo de Tillaux

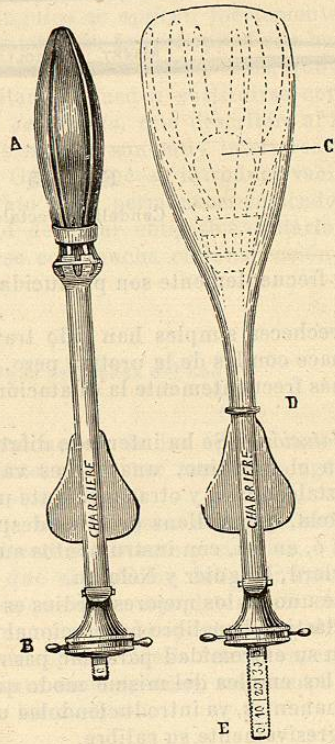


FIG. 617

Dilatador de Beylard

Tillaux y Amussat han inventado instrumentos especiales para practicar la rectotomía interna. Verneuil y Panas dividen en un mismo tiempo el esfínter y la estrechez, es decir, practican la rectotomía externa. Panas practica una incisión posterior y en la línea media; desliza sobre el índice izquierdo introducido hasta la

estrechez un bisturí de botón, con el cual divide las partes blandas, el esfínter y la piel del ano, y quedando de este modo la estrechez al descubierto, la atrae hacia abajo y la divide.

Verneuil introduce, atravesando la piel inmediata al ano y pasando hasta más allá de la estrechez, un trócar; pasa por la cánula la cadena del estrangulador, y con ésta divide el recto desde la estrechez hasta el ano.

Estos procedimientos son, en la mayoría de los casos, peligrosos, y apenas son aplicables sino á las estrecheces situadas al final del intestino cerca del ano. En dos casos he aplicado con excelentes resultados un método mucho más seguro, nada peligroso y que no ocasiona al enfermo dolor alguno; está basado en la acción química de la electricidad.

3.º *Electrolisis*.—He demostrado que las corrientes continuas, débiles y permanentes, cuyo empleo ideé en 1871, producen escaras cuando se dejan las placas metálicas que constituyen los reóforos en contacto *inmediato* con la piel, aun cuando la intensidad

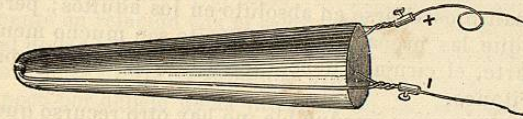


FIG. 618

Candelilla electrolítica de Le Fort

de la corriente sea tan débil que su aplicación sea apenas percibida por el enfermo. Aprovechándome de esta circunstancia, he hecho construir conos de gutapercha bastante largos para llegar hasta la estrechez y bastante delgados para poder penetrar en ella; en el interior de estos conos van encerrados dos hilos de cobre que forman prominencia en la superficie y terminan en la base del mismo por una armadura á la cual se fijan los hilos conductores. Como que la acción de la electricidad conducida por los hilos tiene efecto únicamente en los puntos estrechados, porque son los únicos que ejercen presión sobre el instrumento, se producen á cada aplicación dos pequeñas escaras, de manera que este medio de tratamiento, repetido diariamente y tan sólo aplicado durante la noche, produce en pocos días la sección en múltiples puntos de la estrechez rectal.

XI. — De la inversión del recto

Conviene no confundir con la simple procidencia de la mucosa la verdadera inversión total del recto al exterior. Malgaigne tuvo ocasión de disecar una inversión de este género complicada con caída completa de la matriz y de la vagina; el peritoneo había sido arrastrado por el uno y por la otra, y los tumores estaban únicamente separados por un puente formado por el periné y tapizado por el peritoneo á 12 milímetros por encima de la piel.

Podemos comparar esta afección con la inversión del intestino en el ano contranatural, tanto que las indicaciones son las mismas. Trátase, pues, ante todo de reducir el tumor; si resiste, se emplearán la compresión, la permanencia en la cama y la dieta antes de volver á la taxis; y cuando se haya alcanzado la reducción, deberemos mantenerla á beneficio de un aparato á propósito, tal como se emplea para la simple procidencia de la mucosa.

La cura radical únicamente podemos intentarla en los niños; procurando estrechar el ano. No quiero decir con esto que tales ensayos deban proscribirse en absoluto en los adultos; pero sí he de afirmar que las probabilidades de éxito son mucho menores, y por otra parte, el cirujano deberá tener muy presente la proximidad del peritoneo.

Cuando el tumor es irreducible, no hay otro recurso que la extirpación. Pudiéramos echar mano de los medios indicados para el ano contranatural, pero algunos cirujanos han sido aún más atrevidos. Heustis se contentó con atraer el tumor con el pulgar é índice izquierdos y dividirlo transversalmente de un solo golpe de bisturí dado con firmeza. Ricord empezó por atravesar el tumor por la base con dos asas de hilo para mantenerlo al exterior, mientras que, con el bisturí convexo, practicaba una sección circular que lo separaba en su totalidad; por lo demás, procuraba únicamente ligar las arterias á medida que las abría, y no continuaba la sección hasta que estaba cohibida por completo la hemorragia. Indudablemente es ésta una saludable precaución; pero parece en este caso menos necesaria que en la escisión de la mucosa, porque cuando la inversión es ya antigua, los vasos están menos dilatados.

XII. — Cáncer del recto

Lisfranc demostró que podemos extirpar el cáncer de la porción inferior del recto en las dos condiciones siguientes: 1.º que el dedo pueda pasar más allá de los límites del mal; 2.º que el tejido celular circundante esté sano, de modo que permita atraer suficientemente al intestino.

Anatomía quirúrgica. — En la mujer, el peritoneo se detiene á 4 ó 6 centímetros de la terminación del recto, y en el hombre á 6 ú 8 centímetros. En virtud de la disposición del tejido celular que lo rodea y de las curvas que ofrece su porción inferior, cuando, á beneficio de una incisión oval, el ano ha sido desprendido de los tegumentos, el cirujano puede atraer y hacer salir al exterior el intestino, con lo cual se facilita extraordinariamente la aplicación de los instrumentos; por otra parte, las tracciones indispensables para hacerlo salir lo necesario apenas harán descender al peritoneo unos 2 milímetros. Por detrás, el ano dista de la punta del coxis 4 centímetros, y el recto, rodeado de tejido celular, está únicamente en relación con el sacro; por delante, en el hombre y al nivel de las primeras capas del periné, está á una considerable distancia de la uretra; y si bien se aproxima mucho á este conducto un poco por debajo de la próstata, no está unido á él más que por un tejido celular tan fino y elástico que sólo el dedo puede disecarlo. Podemos por lo tanto, después de haber incindido el ano todo alrededor, disecado hasta el recto y á beneficio de ligeras tracciones, extirpar 4 centímetros de toda su circunferencia sin peligro de herir la uretra.

En la mujer, el intervalo entre el ano y la vulva es ordinariamente de 27 milímetros; pero á consecuencia del parto, puede quedar reducido á menos de 1 centímetro. No obstante, á beneficio de la incisión oval seguida de algunas tracciones, podemos hacer salir y por consiguiente escindir del recto 5 $\frac{1}{2}$ centímetros de las caras laterales y posterior, y 3 $\frac{1}{2}$ de la anterior. Esta cede menos que las demás, por las adherencias íntimas que existen entre la vagina y el recto, adherencias que empiezan inmediatamente por encima del tejido celular subcutáneo, se continúan en la extensión de 7 milímetros y están formadas por fibras musculares y aponeuróticas. Sin embargo, una vez disecadas estas adherencias, el dedo solo es suficiente para separar el recto de la vagina hasta la inserción del peritoneo.

Los únicos vasos importantes que existen en este punto son: las

arterias: hemorroidal inferior, transversal del periné, hemorroidal media, la rama superficial de la pudenda interna y las ramas terminales de la hemorroidal superior; pero podemos aplicar á todas ellas la torsión, la ligadura ó la compresión.

Finalmente, después de la ablación de los esfínteres inferiores, para retener las materias fecales debemos contar hasta cierto punto con el esfínter superior indicado por Nélaton.

Procedimiento de Lisfranc.—Colocado el enfermo como para la operación de la talla, el cirujano practica á los lados del ano y á la distancia de unos 3 centímetros de esta abertura, dos incisiones semilunares, que profundizan hasta las capas superficiales del tejido celular y se reúnen por delante y por detrás del recto; se disecciona en seguida inclinando el bisturí hacia el intestino, y se procura aislar éste en toda su circunferencia. Introducido entonces el índice en su cavidad, la falangeta colocada en semiflexión ejerce tracciones sobre él para hacerlo salir al exterior, y es capaz de producir una considerable prociencia de la membrana mucosa, que muchas veces es la única afectada. En esta disposición, será muy fácil escindir con las tijeras curvas por el plano ó el bisturí una grande extensión de la misma, y aun cuando el cáncer ocupe todo el espesor de las paredes del intestino, mientras que no se eleve á mayor altura de 3 centímetros, todavía podremos invertir el recto sobre sí mismo y poner al descubierto toda la enfermedad. Para operar con mayor comodidad, se empieza por dividir paralelamente al eje del tronco la porción de intestino invertida, y seguidamente se la escinde con unas tijeras fuertes y curvas por el plano.

Quando el cáncer ha invadido todas las tunicas del intestino y algunas capas del tejido celular que lo rodea, después de haber practicado las incisiones semilunares y diseccionado en toda su circunferencia la porción inferior del recto, tomando por guía el índice introducido en el intestino, es necesario introducir unas fuertes tijeras rectas que dividirán este conducto paralelamente á su eje, en todo su espesor y hasta más arriba de los límites del mal. Esta incisión se practicará en la pared posterior á fin de alejarse lo más posible tanto de los vasos como del peritoneo, y permitirá desdoblar el intestino y poner de manifiesto la enfermedad en toda su extensión. Si después de haber practicado esta operación aparece una abundante hemorragia, para cohibirla, será suficiente colocar en la herida, durante dos ó tres minutos, una esponja empapada en agua fría; pero con todo el cirujano debe mantener tirante la porción inferior del recto por medio de muchas erinas.

Quando se opere en una mujer, será muy útil que un ayudante

mantenga los dedos introducidos en la vagina; como no lo será menos en el hombre el introducir previamente una sonda en la vejiga, confiada asimismo á un ayudante diestro. En esta disposición, se procede en seguida á disecar el cáncer, disección difícil, larga y laboriosa, sobre todo en las inmediaciones de la vagina y de la uretra, y se procura ligar cuantos vasos se ofrecen á medida que el instrumento los corta, no deteniéndose hasta después de haber traspasado los límites del mal. Lisfranc pudo extirpar de este modo 3, 6 y hasta 8 centímetros de intestino, si bien hemos de observar que lo midió prolongándolo á la vez por tracciones y la disección.

Una vez terminada la ablación, se procede á la ligadura de los vasos, y si no hubiese sido posible ligarlos todos, se emplearía por el momento la esponja empapada en agua fría. Lisfranc jamás se apresuraba á taponar la herida, y cuando recurría á este medio, lo dejaba aplicado durante muy pocas horas, para evitar que provocara la inflamación.

Durante los tres primeros días, se cura de plano, y después, cuando no hay ya lugar á temer que sobrevenga la inflamación, se introduce una gruesa mecha de hilas, que los enfermos deberán llevar hasta mucho tiempo después de la curación. Esta no se alcanza por lo regular hasta después de dos ó tres meses. El recto conserva sus funciones, un conducto mucoso nuevo reemplaza la porción extirpada, y por encima se forma un rodete simulando el esfínter, rodete que es suficiente para retener las materias fecales cuando éstas no son líquidas.

Ya he indicado cuáles eran las dos condiciones exigidas por Lisfranc, y ambas muy acertadas. No obstante, creo que en caso de necesidad, si el cáncer pasase los límites del fondo de saco peritoneal, podría abrirse dicha cavidad, desprender el recto y conducirlo al exterior en donde podría fijarse á los bordes de la herida por algunos puntos de sutura. Esta operación no podría aceptarse más que en los casos en que la naturaleza del cáncer epitelial y su lenta marcha dejara entrever la posibilidad de una curación.

Sea lo que fuere, la frecuencia y rapidez de las recidivas hace de la ablación del recto una operación que sólo debe practicarse con la mayor circunspección. Retárdase la marcha del mal practicando en un principio un ano artificial, que disminuye las causas de irritación local del recto. En caso de estrechez puede intentarse como paliativo la rectotomía lineal por uno de los procedimientos que he indicado antes.