

CIRUGÍA PRÁCTICA.

Extirpacion del ano y de una porcion del intestino recto.

En el mes de Junio de 1871, una señora como de treinta años de edad, casada, sin que hubiera tenido nunca hijos, de constitucion delgada sin ser débil, vino de Chalco con el objeto de curarse de una enfermedad que padecia en el intestino recto, de la cual habia comenzado á sufrir sin causa manifiesta hacia como dos años. Escorría constantemente por el ano un pus espeso y sanguinolento; sufría muchos dolores y dificultad para evacuar, y el excreto salia del grueso de una sonda del núm. 12. Habiendo ocurrido á mí para que la asistiera, procedí desde luego á explorarla, encontrando de fuera adentro en la region anal; 1º un tumor movible subcutáneo del tamaño y figura de un hueso de durazno, situado como á dos centímetros afuera del lado izquierdo de la márgen del ano, entre éste y la tuberosidad del izquion; duro, desigual al tacto y doloroso cuando se le comprimía suavemente entre los dedos. 2º Entre este tumor y dicha márgen, una fístula que comunicaba con el interior del ano á la altura de un centímetro ó poco mas. 3º Un rodete hemorroidal incompleto y poco notable. 4º Otra fístula que hacia comunicar el interior del ano con la pared posterior de la vagina, cuya fístula subia cuando más dos centímetros. 5º Un estrechamiento anular del intestino recto, completamente circular, situado á la altura de seis centímetros de la márgen del ano; duro, resistente y muy sensible al tacto, por donde no pude introducir ni la yema de mi dedo índice, aunque sí pudo entrar una sonda ordinaria de mujer.

Visto esto, introduje por el orificio del estrechamiento un cilindrito de *laminaria digitata*, el cual al otro dia habia ampliado aquel lo bastante para introducir otro cilindrito de laminaria del grueso como de mi dedo pequeño. Al tercer dia el orificio se habia dilatado lo suficiente para dejar pasar cómodamente mi dedo índice, por lo que determiné hacer un reconocimiento completo en compañía del Sr. Barceló y Villagran para resolver si el caso era operable con esperanza de éxito.

Despues de ministrar á la paciente el cloroformo hasta la anestesia completa, introdujimos separadamente nuestros respectivos dedos índices hasta la mayor altura posible, pudiendo comprobar: 1º, que habia ciertas grietas en el borde del estrechamiento; 2º, que éste era anular y como de centímetro y medio de espesor; 3º, algunas vegetaciones salteadas de la mucosa, situadas inmediatamente ar-

riba del estrechamiento, siendo la mayor como del tamaño de un frijol; 4º, que dicha mucosa mas allá no estaba endurecida y el intestino libre de adherencias; 5º, que habia una ó dos ulceraciones de aquella situadas arriba del estrechamiento; 6º, que el dedo salia cubierto de pus espeso y sanguinolento. Por tales síntomas reunidos á los demas que habian sido observados antes, sospechamos que una degeneracion maligna fuese la causa del estrechamiento. Por otra parte, no siéndole soportable á la enferma su situacion y no hallando nosotros contraindicacion manifiesta, determinamos practicar una operacion por la cual quedase extirpada competentemente toda la porcion del intestino recto comprometida por la enfermedad.

En tal virtud, y despues de haber ministrado la víspera á nuestra enferma un purgante de aceite de ricino, que dejó bien desocupados los intestinos, procedimos á la operacion auxiliados del Sr. Roman, el 29 de Junio del año pasado, en el órden siguiente:

Sobre una mesa ordinaria de comedor se colocó á la enferma, y cuando estaba en la conveniente anestesia se le puso boca arriba, apoyado el sacro sobre el borde de dicha mesa, las piernas dobladas sobre los muslos, y éstos doblados cuanto se pudo sobre el vientre, separando luego un miembro del otro y haciendo que dos ayudantes los mantuvieran fijos. Entonces metí mi dedo índice izquierdo por el ano con su cara palmar hácia abajo, hasta pasar el estrechamiento y apoyar su yema contra la pared posterior del recto, para recibir la punta de un trócar curvo de Chassaing que introduje despues por el espacio comprendido entre la extremidad del coxis y el ano, cerca de su márgen: dicho trócar recorrió la pared externa y posterior del recto sin interesarlo, hasta encontrar con la punta la yema de mi índice izquierdo: atravesé la pared del intestino y luego retiré el punzon dejando la cánula sordamente; por ella hice subir un resorte de reloj semejante en todo al de la sonda de Belloc. Cuando su boton penetró lo bastante adentro del intestino retiré mi dedo, y al sacarlo traje con él afuera del ano dicho boton, en cuyo ojal ensarté un fuerte hilo de cáñamo encerado: retirando entonces el resorte por la misma cánula del trócar, penetró de nuevo al intestino, llevando consigo el hilo que vino á salir por el pabellon de la cánula. Entonces retiré dicha cánula, quedando la pared posterior del intestino comprendida en la asa del hilo, cuyas extremidades salian la una por la herida de la puncion y la otra por el ano.

Pasé luego á hacer la misma operacion sobre la pared anterior del intestino, para lo cual metí mi índice por el ano y mi pulgar de la misma mano por la vagina hasta que se tocaron sus yemas al traves del tabique recto vaginal arriba del estrechamiento. Entonces con la mano derecha introduje el mismo trócar curvo entre la márgen del ano y la del orificio de la vagina; recorrí el tejido celular que separa uno de otro conducto con el cuidado de no interesar alguno de ellos,

y vine á picar con la punta la pared anterior del recto sobre la yema de mi índice y de modo que asomara tambien adentro del intestino la cánula de aquel: retiré entonces el punzon, y por la cánula que quedó en su puesto dirigí el resorte que me habia servido antes y repetí lo mismo que habia yo practicado en la pared posterior del intestino, con la diferencia de que no puse nuevo hilo sino que ensarté en el ojo del boton del resorte el cabo que habia quedado pendiente por el ano: así resultó que el intestino recto, hasta mas allá del lugar del estrechamiento, quedó comprendido de adelante á atras en una asa del hilo. Acto continuo amarré con su cabo anterior una de las extremidades de la cadena del constrictor de Chassaignac, la que, estrañando el hilo por su otro cabo, vino á reemplazarlo en las heridas de las punciones y á formar una especie de asa con ella. Se armó entonces el constrictor al que se le dió una vuelta de tornillo cada medio minuto hasta cortar enteramente todo lo comprendido por su cadena; de que resultaron, el intestino así como el ano, divididos de adelante á atras y separados en dos porciones laterales.

Para resecar estas porciones laterales me dirigí á la del lado izquierdo metiendo mi índice de la mano izquierda hasta mas allá del punto enfermo; atraje lo que pude con dicho dedo hácia fuera, y con la mano derecha introduje un trócar curvo de puncion de vejiga de adelante á atras ó si se quiere de arriba á abajo, por estar acostada la enferma, en el tejido celular que circundaba al intestino, á la altura del ángulo superior de la anterior incision: retiré el punzon y dejé la cánula. Despues con otro trócar tambien curvo, introduciéndolo cerca de la parte media y lateral izquierda de la márgen del ano, recorrí la cara externa del intestino y lo vine á sacar arriba del punto degenerado, atrayendo hácia afuera y con cierta fuerza la punta del instrumento: retiré luego el punzon dejando la cánula, de lo que resultó que la porcion izquierda del intestino quedase atravesada en cruz por su base. En seguida con un hilo fuerte de algodón hice á la porcion del intestino, y por encima de la cruz de cánulas, una ligadura apretada, de lo que resultó pediculizada aquella porcion: entonces apliqué el constrictor hasta separarla completamente.

Pasé luego á separar la porcion derecha del intestino recto que quedaba pendiente, siguiendo en todo un procedimiento idéntico al empleado para quitar la porcion izquierda.

En este momento le vino á la enferma un fuerte pujo semejante al que acompaña á la expulsion de la cabeza del feto en el acto del parto, en fuerza del que, renversándose el recto y aproximándose á la herida exterior, nos dejó ver que la seccion habia sido perfectamente regular, que ninguna vegetacion ni otra alteracion de la mucosa intestinal faltaba que extirpar y por último, que el peritoneo no habia sido abierto.

Pasado este pujo procedimos en el acto á extirpar aquel tumor subcutáneo que habia entre la tuberosidad izquiática y el ano, quedando en su lugar una notable excavacion. La pérdida de sangre durante toda la operacion no llegaria á dos onzas, y no hubo necesidad de ligar algun vaso sanguíneo.

Ninguna aplicacion tópica se hizo á las heridas, y solamente se encargó á los asistentes hicieran inyecciones emolientes para lavarlas de la serosidad sanguinolenta que exhudaban. Al interior se ministraron unas cucharadas con morfina para amortiguar los dolores de la operacion.

Día 30 de Junio. Estado general satisfactorio, ningun dolor fijo al vientre, pero se presentaron retortijones y una que otra deposicion líquida: las heridas en buen estado.

Día 19 de Julio. Las deposiciones de vientre son en mayor número y acompañadas de retortijones; reaccion febril; las heridas en buen estado.

Día 2. Supuracion franca, la enteritis sigue peor, la reaccion lo mismo; pero hay de mas una sensacion de ardor incómodo extendido por todo el vientre. Método adecuado á la enteritis.

Día 3. Sigue el ardor del vientre; los demas síntomas como el dia anterior.

Día 4. El ardor del vientre se transforma en dolor agudo, que se exalta con la presion mas ligera; un poco de meteorismo, vómito, mayor reaccion, las deposiciones no mejoran. No dudé que comenzaba una peritonitis que tenia su origen en la propagacion de la inflamacion de la mucosa intestinal á la hoja peritoneal, por lo cual hice sacar sangre por medio de sanguijuelas; indiqué el uso del unguento doble de mercurio y los emolientes. Por lo que respecta á las heridas, ellas estaban de un aspecto excelente y supuraban francamente.

Del 5 al 8, en que murió la enferma. La enteritis siguió su curso ordinario; la peritonitis se desarrolló progresivamente con toda su fuerza, no valiendo para suspender su marcha fatal el uso del calomelano al interior, el unguento de mercurio al exterior, ni cuatro vejigatorios de forma y tamaño comunes distribuidos por toda la pared anterior del vientre.

Estudiando al microscopio el tejido que formaba el anillo del estrechamiento y las vegetaciones de la mucosa rectal, observé que estaban compuestos de grandes celdillas epiteliales pavimentosas, conglomeradas, de forma y tamaño casi idénticos, con grandes núcleos transparentes, entre las cuales casi no se advertia sustancia fundamental. Por tales caracteres me pareció que la enfermedad estaba constituida por una heterotopia epitelial que en su desarrollo habia producido el estrechamiento del intestino recto, y que no tenia la enferma otro camino para sanar que una operacion sangrienta.

Alguna persona me ha preguntado con qué esperanza habia yo intentado tan grave y difícil operacion; porque si el objeto era remediar á los padecimientos que producía el estrechamiento, como no temí sustituir al del intestino recto el estrechamiento del ano, el cual pudiera llegar hasta casi su obliteracion.

Diré desde luego que tambien á mí habia ocurrido esta dificultad antes de emprender la operacion, porque me constaba que cuando en la extirpacion de un rodete hemorroidal, por el constrictor de Chassaignac, no se tiene el cuidado de conservar una porcion de la márgen del ano revestida de su mucosa, sobreviene un estrechamiento muy incómodo, el cual necesita usar habitualmente de los dilatadores para poder desempeñar el acto de la defecacion. Sin embargo, tal inconveniente no pasa de una molesta servidumbre, semejante á la que les queda á otros muchos enfermos despues de diversas operaciones, como las amputaciones, el ano anormal, el ojal de la uretra, etc., y que en el caso de la extirpacion de una porcion del recto por motivo de una degeneracion epitelial cancerosa ú otra maligna, se puede dar uno por muy satisfecho con solo que no haya reproduccion de tan terribles hiperplasias, y pasar por la servidumbre de los dilatadores del ano. Por otro lado, la pérdida de sustancia en circunferencia de este orificio, producida por la retraccion de los tejidos despues de la operacion es tan considerable,

que parece imposible llegue por solo la retraccion de la cicatriz al grado de obliterarse la abertura que con el tiempo ha de reemplazar al ano natural; mas bien presumo que el intestino recto, cuya disposicion es estar como suspendido en la excavacion de la pequena pélvis y rodeado de un tejido celular muy flojo, sea atraido al exterior por los progresos de la cicatrizacion y venga á quedar la extremidad de su mucosa al nivel de la region anal.

Pero hay un inconveniente mucho mayor, cual es la incontinencia de las heces, puesto que los esfinteres son extirpados con la porcion del intestino amputada. Faltándome sobre esto la práctica propia, traduciré lo que Mr. Chassaignac dice en la pág. 781 del tomo 2º de su «Tratado de operaciones quirúrgicas,» año de 1862.

«Hemos operado muchos casos de cáncer del recto, y podemos afirmar que en el mayor número la operacion ha sido inofensiva..... Era natural pensar, y á priori debía creerse, que la amputacion de aquellos cánceres del recto, para los cuales se ve uno obligado á quitar todo el anillo esfinteriano por estar canceroso, traeria á los operadores la imposibilidad de retener las heces. En efecto, esto es lo que se observa en los primeros tiempos que siguen á las amputaciones de este género. Pues bien, la observacion de mas de cuarenta cánceres del recto operados por mi método me ha demostrado, que el intestino tiene la notable propiedad de reconstruirse á sí mismo un esfinter, sea cual fuere la altura á que se hubiese amputado toda la circunferencia intestinal. Esto es lo que me ha hecho decir que el recto podia esfinterizarse á todas alturas.

«En efecto, en ninguno de los enfermos hemos visto persistir la incontinencia fecal. En algunos no duraba mas que muy poco tiempo, en otros persistia por uno, dos meses y aun mas despues de la operacion, pero en todos acababa por desaparecer. Yo no llamo incontinencia fecal al ligerísimo escurrimiento que en el intervalo de las deposiciones venia en algunos de nuestros operados, ni á la emision involuntaria de un poco de materia líquida cuando el enfermo expelia los gases.

«La incontinencia fecal importa la salida permanente ó casi permanente de las materias, tal como se observa en el ano contra-natural, y aun en casos semejantes todavia se ven ciertos sugetos en quienes hay una verdadera esfinterizacion.....»

Para terminar la historia de nuestra enferma operada en México, siguiendo con ligeras modificaciones el método de Chassaignac, llamaré la atencion sobre el síntoma *ardor de vientre* que se presentó en la paciente como el indicio de la peritonitis que se desarrolló despues. Como este mismo síntoma lo observé en otra vez dos dias antes que se desenvolviere una peritonitis en un individuo que padecia de una enteritis aguda, creo importante tenerlo presente, pues él nos indicaria, si se repitiese la observacion con cierta frecuencia, que el *ardor de vientre* en el curso de una enteritis aguda es el precursor de la peritonitis de propagacion por contigüidad, y que seria muy prudente desde que él se presentase, comenzar un método enérgico que, adelantándose á combatir aquella, nos diese todas las probabilidades del triunfo.

México, Agosto 7 de 1872.

LUIS HIDALGO CARPIO.