

CIRUGIA.

ESTRECHEZ DEL RECTO.

EL Sr. Dr. Núñez y yo hemos visto á la Sra. M. Es una joven americana, de 19 años, delgada, pero bien constituida y sana. La madre y la abuela materna han tenido padecimientos del recto; el abuelo padeció de rectitis crónica. La enferma no recuerda haber evacuado nunca de consistencia natural, pero refiere que comenzó á padecer á los 9 años, aunque poco y expulsando las heces en fragmentos pequeños. Desde hace 3 años los sufrimientos se hicieron más intensos y ya no podía desahogar el vientre sino por medio de laxantes. Se casó hace 10 meses y desde entonces comenzó á curarse. La asistieron en San Francisco California el Dr. Herztein y en consulta el Dr. Robsin, por medio de la dilatación, y llegaron á pasar una candelilla de 0.075 de circunferencia. Repitiendo la enferma el cateterismo cada dos días y usando de laxantes y suporitorios que despertaban la contractilidad del recto, podía evacuar, pero con grandes sufrimientos, y aumentando, con el traumatismo inevitable de las candelillas, la rectitis que padecía quizá desde la infancia.

En esta joven el período se estableció á los 13 años; á los 15 tuvo algunas irregularidades. No ha llegado á concebir, quizá por un padecimiento del cuello del útero, del que después me he cerciorado.

Por la exploración digital sólo pude convencerme de que la mucosa del recto estaba inflamada; de que podía introducir la falangeta de mi dedo indicador en una estrechez circular que formaba un diafragma delgado pero resistente; y por último, de que la exploración determinaba violento espasmo del esfínter del ano. Para hacer más completa la exploración y llegar al diagnóstico, propusimos á la familia anestesiarse á la enferma y hacer la desgarradura del esfínter del ano. Aceptada la proposición, procedí de la manera siguiente:

La enferma se purgó la víspera de la exploración; en la mañana del día 26 de Diciembre de 1894, se puso grandes lavativas para desocupar el intestino; después, por medio del irrigador, hice abundantes lavados con

una solución de ácido bórico y de baborato de sosa al 4 por ciento. Lavé la región anal y los pliegues del ano con agua y jabón y los desinfecté con solución de bicloruro de mercurio. Después, mi amigo el Sr. Dr. Núñez, me hizo favor de cloroformar á la enferma, y cuando la anestesia fué completa hice la desgarradura del esfínter por el procedimiento de Recamier; introduje el dedo y comprobé que no había más estrechez que la que había sentido en la primera exploración; pero, con gran sorpresa, sentí que cedía á proporción que hacía avanzar mi dedo; este resultado me animó á introducir en la porción estrecha un espejo de ano que fuí abriendo lentamente, pero con suma facilidad, hasta vencer completamente la estrechez; al ir retirando el espejo me cercioré de que la mucosa abajo de ella estaba hinchada, fungosa, sangrante y dejaba escurrir un líquido sanguíneo y purulento. Saqué abierto el espejo y completé con él la desgarradura del esfínter.

Desde que terminó la operación la enferma se sintió bien y al tercer día evacuó de consistencia natural y el volumen correspondía al que tendría en una persona sana; y la joven declaró que nunca había evacuado en esa forma. Así siguió evacuando, cada día en la misma forma, necesitando de tarde en tarde de una pequeña dosis de magnesia para mover el intestino; pero la rectitis de la parte inferior á la estrangulación le molestaba y daba lugar cada 24 horas á un escurrimiento de moco sanguinolento. El estado de la mucosa se mejoró con el uso de lavativas de nitrato de plata, primero al $\frac{1}{3}$ por ciento, luego al $\frac{1}{2}$ por ciento, y después al 1 por ciento. Pasadas unas semanas y viendo que la rectitis, que había mejorado, no cedía, resolví hacer una cauterización lineal y superficial con el termo-cauterio. El 28 de Febrero, anestesiada la enferma, introduje el dedo y encontré una ligera coartación en el calibre del intestino, en el lugar en donde estaba la estrechez; hice en la mucosa cuatro líneas longitudinales, paralelas, en los huecos que dejaban las ramas separadas del *speculum ani* y no quise tocar la estrechez, por la razón que diré después. Hice grandes lavatorios con solución de ácido bórico y de baborato de sosa y puse como apósito lo mismo que la primera vez, una tira de gasa yodoformada envolviendo una sonda delgada de Nélatón; ésta permitiría la salida de los gases, sirviendo la gasa para mantener separadas las paredes del recto cuando cayeran las ligeras escaras que hice con el termo-cauterio.

En este punto se encuentra la observación y si la presento á la Academia es para escuchar el parecer de sus distinguidos miembros sobre este asunto que se presta á interpretaciones diferentes sobre la patogenia de esta enfermedad.

Como dije al principio, el 26 de Diciembre no iba á operar á la enferma sino á explorarla; para hacer la exploración de un modo conveniente y poder ver los puntos altos del recto, cloroformé á la enferma y desgarré el esfínter del ano; introduje en la estrechez un *speculum ani* para pulsar la resistencia del anillo delgado que formaba un diafragma, y me sorprendí de sentir que cedía con la dilatación; entonces me ocurrió la idea de que fuera un espasmo de una zona circular del intestino que se hubiera producido á consecuencia de la inflamación del recto, de una manera semejante á las contracciones espasmódicas que se producen en los esfínteres como el de la vagina en el vaginismo; en el orbicular de los párpados, en las queratitis y conjuntivitis; espasmos que persisten mientras dura la enfermedad y que suelen sobrevivirle; análogo, por último, á lo que pasa con el esfínter del ano, cuyo espasmo se repite indefinidamente mientras dura la ulceración que se ha llamado *grieta del ano*.

Con esta idea, no intenté operación alguna, por ver si la dilatación forzada del esfínter y la muy suave que había ejercido sobre la estrechez bastarían para curarla. El resultado correspondió desde luego, supuesto que la enferma comenzó á evacuar espontáneamente y que el cilindro fecal llegó á un volumen que antes no había alcanzado jamás y que este estado se sostuvo durante dos meses.

Podrá objetárseme que cuando hice nueva exploración en el fin de Febrero encontré que se dibujaba ya el anillo constrictor. Es cierto, pero persistía el estado inflamatorio, fungoso, de la mucosa rectal, abajo de la estrechez, en el punto que me era dado observar; es decir, persistía la causa que á mi juicio provocaba el espasmo funcional; espasmo que tiene su análogo en el vaginismo y más aún en el esofagismo, por tratarse en esta primera porción del tubo digestivo de músculos lisos, de la vida orgánica. Si esta hipótesis se confirma deberé curar la rectitis, hacer quizá otra vez la desgarradura del esfínter anal, y la enferma se curará.

La estrechez muscular ó espasmódica del recto ha dado lugar á muchas discusiones; algunos autores la admiten á título de curiosidad científica; otros no, como Mollière, Trélat y Délens, citados por Morestin. ¹ Van Buren ² la niega, fundándose en la imposibilidad fisiológica de que se contraigan permanentemente las fibras lisas. Allingan ³ no cree en las estrecheces musculares y atribuye los hechos señalados á error cometido por los

1 Morestin. Operations qui se practiquent par la voie sacrée.

2 American Journal of Med. Sciences, 1879.

3 Diseases of rectum.

cirujanos, que han tomado por estrechez un pliegue del intestino ó el promontorio, en el cual se detuviera la candelilla exploradora. A este reproche no es acreedor el caso que presento, porque aquí la estrechez fué demostrada por dos cirujanos de California, por el Dr. Núñez y por mí, haciendo la exploración digital. De la decisión de Van Buren, que parece irrefutable, se puede apelar con sólo recordar que la estrechez por contracción muscular se produce al entrar en función el músculo, como sucede en el *Blefarospasmo*, en el *vaginismo*, en el *esofagismo*, etc. Pero hay una manera de considerar la cuestión que viene en apoyo de mi tesis y que me voy á permitir transcribir. Dice Morestin: ¹ No hay, al menos al principio, estrechez muscular permanente del intestino y se ha recordado con razón el hecho fisiológico de que un músculo no puede contraerse permanentemente. Pero pasa aquí lo que al rededor de ciertas articulaciones y que Harrison Cripps expone así: "Pero al cabo de cierto tiempo los músculos sufren, sin duda alguna, una estrechez permanente por atrofia de las fibras musculares y retracción de los tejidos fibrosos que quedan. Cuando se llega á este estado ya no hay contracción en el sentido de acción muscular; pero, aun desaparecida toda causa de irritación, el acortamiento persiste y se hace permanente. . . ."

"Razonando por analogía—continúa el autor citado—no parece imposible que una causa permanente de irritación del recto, como la que proviniera de una ulceración crónica, pudiera dar origen á una contracción refleja análoga, en un punto del canal muscular, y que, prolongándose esa irritación pudiera conducir al fin á un acortamiento definitivo de esos elementos fibrosos y producir entonces una estrechez anular."

Apoya Cripps su manera de ver en un caso que observó en Royal Free Hospital, de una mujer que tenía una estrechez insignificante, que el espasmo transformaba en estrechez apretada, la cual desaparecía bajo la acción del cloroformo y dejaba al intestino recobrar su calibre normal. Observó á esta mujer dos años después, y dice que la fingida estrechez (*semiphanton stricturæ*) se convirtió en una estrechez tan real que reclamó la colotomía. Ball ha aceptado esta teoría, y Morestin, de quien tomo esta cita, dice que ha observado un caso análogo en el Hospital Necker, en una mujer en quien, al introducir el dedo en el recto, con grandes precauciones, *sentía formarse el espasmo muscular* y lo *sentía desaparecer* si conservaba el dedo en el mismo lugar durante algunos minutos. Vió á es-

¹ Loc. cit.

ta enferma siete meses y medio después y el estrechamiento se había hecho definitivo.

Se concibe muy bien que una contracción muscular frecuentemente repetida al nivel de una zona circular del recto, hipertrofié las fibras de la capa muscular del intestino y produzca una estrechez *en el momento en que se pone en función el intestino para defecar*; ó bien, cuando se introduce el dedo en el ano, despertando la contractilidad del esfínter. La realidad de esa hipertrofia muscular en una zona del intestino recto es aceptada por Curling¹ al tratar de la dilatación que se produce en el recto arriba de una estrechez.

Por todo lo expuesto se ve que la estrechez de que vengo ocupándome puede considerarse como *muscular ó espasmódica*.

Pero no quiero dejar de mencionar otra interpretación de que es susceptible el hecho que refiero, por ser el cirujano francés Mr. Tillaux quien la expone y porque pudiera encontrar apoyo en la circunstancia de que tres de los ascendientes de la enferma han tenido padecimientos del recto, circunstancia que podría inducirnos á aceptar que en el caso actual la estrechez era *congénita*.

Dice así:² “Si el lector quisiera referirse á lo que he dicho á propósito de los vicios de conformación del ano y del recto, comprendería fácilmente el modo de producción de *la estrechez valvular congénita*, cuya denominación indica sus caracteres más importantes. Me parece racional referir á este origen “las estrecheces atribuídas á una hipertrofia parcial de la capa muscular” (que es la interpretación que doy al hecho). “No puede, sin duda, rehusarse á admitir que la capa de fibras circulares pueda hipertrofiarse localmente hasta el grado de formar una válvula” (hipótesis que vengo sosteniendo), “pero me parece imposible separar esta variedad, dad, clínicamente, al menos, de la estrechez fibrosa que he señalado más arriba.”

Por esta cita, se ve que el autor admite el hecho y la explicación que le doy, y sólo la confunde con la estrechez fibrosa, porque no puede separarla clínicamente de ésta.

Agrega á continuación: “estimo que si se comprueba la presencia de una válvula á *tres ó cuatro* centímetros arriba del ano, es decir, en el punto á donde van á reunirse durante la vida embrionaria las porciones infe-

1 Curling. *Traité des Maladies du Rectum*, 1883.

2 Fillaux. *Traité de Chirurgie Clinique*. Tome II.

rior y superior del recto, debe admitirse que se trata de una estrechez valvular congénita.”

En el caso que estoy estudiando, la estrechez queda situada á 7 ú 8 centímetros de distancia del ano. Es cierto que no todos los autores consideran el límite de 4 centímetros como el máximo, pues Curling, analizando 28 casos, encontró que en 21 estaba entre 4 y 5 centímetros, en 2 á menor distancia y en 5 á mayor distancia del ano. En los tres últimos, el punto estrecho correspondía al lugar en donde la S iliaca se confunde con el recto. Según Franz Kocnig ¹ la estrechez está constituida por una especie de diafragma situado á 2 ó 3 centímetros arriba del ano. Ed. Albert ² dice: “. . . por el contrario, las estrecheces congénitas del recto están constituidas por columnitas ó válvulas que nacen de *diferentes partes de la pared rectal* y que sobresalen en su cavidad; en el grado más alto de desarrollo estas válvulas forman una especie de diafragma que separa el canal intestinal en dos pisos y que está perforado por un orificio central.” Malgaigne ³ dice, hablando de las estrecheces del recto, que forman una especie de diafragma, perforado por una estrecha abertura central: “. . . los primeros tienen su asiento, en general, entre 3 y 6 centímetros de altura, y se explica por el endurecimiento de las válvulas mucosas del recto.”

De lo expuesto se deduce que la estrechez congénita del recto puede presentarse á diferentes alturas, lo mismo que la estrechez de causa muscular.

El último hecho que Tillaux aduce en apoyo de su opinión es: “que la estrechez, aunque congénita, no revela en general su presencia sino en una época bastante avanzada de la vida, 20, 25, 30 años. No es admisible que los enfermos hayan evacuado hasta esa época sólo materias blandas que se amolden fácilmente al paso estrecho que tienen que atravesar; por otra parte, os hacen observar, y este es un dato importante, que desde que nacieron han experimentado cierta dificultad para expulsar las materias fecales. He aquí, según creo, la explicación de este fenómeno: durante largos años, quizá toda la vida, la válvula queda flexible y sin dejar de poner cierto obstáculo á la salida de las heces, se deja deprimir suficientemente para dejar paso á las materias; pero en un momento dado se engruesa, se endurece, se hace más rígida y se opone de tal modo á la defecación, que los enfermos se ven obligados á recurrir al médico.”

1. *Traité de Pathologie Chirurgicale*, 1889.

2. *Traité de Chirurgie Clinique et de Médecine opératoire*, 1893.

3. *Manuel de Médecine opératoire*, 1889.

Como se ve, Tillaux es el único autor que opina porque las estrecheces congénitas pueden revelarse en una época lejana del nacimiento, y lo que pasó á la joven enferma de que me ocupó parece apoyar esta manera de ver; pero todos los otros hechos de la historia, como la rectitis que existe abajo de la estrechez, la forma y situación de ésta, la facilidad con que ha cedido á la presión del dedo, de las candelillas y del *Speculum*, lo mismo que á la acción del cloroformo, prueban la naturaleza muscular y espasmódica de la estrechez. Confirma esta manera de ver la circunstancia de que bastó desgarrar el esfínter del ano para que cesaran los efectos de la estrechez y la enferma pudiera evacuar en la forma y consistencia naturales. Si amenaza reproducirse la cuartación es porque persiste la rectitis ulcerosa que le dió origen.

De lo expuesto se deduce, como lo afirma Tillaux, *que es imposible separar clínicamente la estrechez originada por la hipertrofia muscular del recto, de la que es solamente congénita.*

Si el tratamiento que hemos instituido para combatir la rectitis crónica ulcerosa que existe abajo de la estrechez, no basta para hacer desaparecer ésta, nos proponemos hacer la rectotomía interna múltiple, como lo aconsejan todos los autores para el caso en que fuera congénita.

México, 20 de Marzo de 1895.

E. LICÉAGA.

HIGIENE DE LAS ESCUELAS.

HACE ya cuatro lustros que á la benéfica sombra de la paz se han ido formulando, en el amplio horizonte de la Patria, los problemas sociales de mayor interés para los nacionales, ya en su aspecto económico, ya en su faz científica, y de éstos una gran parte ha correspondido dignamente á la valiosa Higiene. Díganlo si no la organización del servicio sanitario federal y del Distrito y el interés creciente que en las Corporaciones médicas y en la mejor porción de la sociedad se ha despertado en pro de la salubridad pública. No sólo se va comprendiendo y valorando la importancia inmensa de todas las cuestiones que atañen á la