

empleen en toda operación el agua esterilizada como el mejor, más propio y más cómodo antiséptico que la naturaleza tan sabia nos presenta.

México, Diciembre 18 de 1895.

DR. R. FUERTES.

CIRUGIA.

Absceso en el hueso isquio-rectal, microbios infectantes.— Operación.

Los múltiples procesos supurativos que tan frecuentemente observamos en nuestra práctica, bien sabido es que reconocen por causa la presencia en la intimidad de los tejidos ó en los linfáticos de algunos de los microbios propiamente llamados piógenos ó de los absolutamente específicos que como el bacilo de la Tuberculosis, y el neumococcus producen pus accidentalmente.

Estas manifestaciones que en tan graves aprietos nos ponen algunas veces, varían de gravedad según la especie microbiana que preside y determina la lesión unas veces general y otras más frecuentes, localizada. El conocimiento de estos gérmenes tiene alta importancia sobre todo para el pronóstico, pues la parte de terapéutica antiséptica que en estos casos se impone de una manera autocrática, no varía con el cambio del microbio infectante, si no es, por la energía con que hay que proceder y por el peligro que en ciertos casos existe por la pérdida de tiempo. Es por lo mismo de alto interés el conocer la especie microbiana, sobre todo en los casos en que teniendo al frente un enfermo que llevando un foco de supuración más ó menos vasto, presenta accidentes generales alarmantes, tales: como fuerte elevación de temperatura, sudores profusos y depresión, pues no son igualmente temibles los accidentes cuando dependen del estafilococcus aureus ó del estreptococcus ó del bacillus de la tuberculosis siendo este último como es bien conocido de todos los clínicos, aquel que espera más para las intervenciones quirúrgicas.

El diagnóstico de estas infecciones ha sido de una importancia real en algunos casos que de paso señalo: Una niña que presentaba una inflamación en el labio y que aparentemente no tenía gravedad fué estudiada

por el Sr. Dr. Carmona quien me hizo estudiar el sero-pus que escurría; en él pude diagnosticar ó reconocer al vibrión séptico de Pasteur. La niña murió de septicemia típica, sin que hubiera habido tiempo para intervenir.

Una enferma asistida en su puerperio por un reputado práctico de esta capital, presentó accidentes generales que hicieron suponer una infección palúdica; se me encomendó el análisis de la sangre el que hice sin resultado positivo; estando presente el inteligente médico que la asistía quiso que rápidamente examinara los loquios; éstos presentaron con toda evidencia el vibrión séptico de Pasteur y quitaron por consiguiente toda esperanza de salvación, dejando la responsabilidad del médico á salvo, puesto que dió entonces un pronóstico irremisiblemente fatal.

En un enfermo de mi práctica civil, niño de diez años, hice una incisión en el muslo derecho, parte externa por existir una fluctuación profunda que hacía suponer la existencia de un foco sub-perióstico; salió gran cantidad de pus, poco ligado y sanguinolento, examinado al microscopio encontré al estafilococcus, que confirmé ser el *aureus* por un cultivo. A pesar del lavado profundo y de haber raspado el hueso que se encontraba rugoso, el estado del enfermo empeoró, presentándose síntomas de una osteomielitis infecciosa tan aguda, que no me dieron tiempo á intentar la trepanación, pues apenas iniciado aquel cuadro, el enfermo murió víctima de una terrible infección piogénica.

No mucho tiempo hace el inteligente Profesor y hábil cirujano Dr. Rafael Lavista, nos comunicó una interesante historia relativa á la infección general debida al gonococcus (ó como él la llamó *gonococemia*) después de una uretrotomía interna. La sangre de este enfermo presentaba *coccus* y el pronóstico que por los datos clínicos era grave, se consideró fatal después del examen de la sangre.

No quiero multiplicar los elocuentísimos ejemplos que la práctica nos ha dado, los que podía robustecer señalando con detalle las diferencias que se obtienen observando las excreciones en los casos de infección puerperal, y que tan diferente gravedad tienen según que son producidos: por el vibrión séptico, el estreptococcus piógenus, ó el *estreptococcus erisipelatis*.

En el enfermo en el que existía un absceso en el hueso isquio-rectal y que es al que se refiere mi actual comunicación, pude observar en el pus que salía de las múltiples fístulas que tenía en la proximidad del ano, abajo de la tuberosidad isquiática y que después describiré; pude observar, repito, la presencia del *estreptococcus piógenus* y del *bacillus piógenus foetidus*.

La presencia del *estreptococcus* tan común en la mayor parte de las colecciones purulentas nada de notable señalaba pero sí la del *b. foetidus*; pues esto indicaba la existencia actual ó en época anterior, de alguna comunicación con el intestino á pesar de la distancia á que las fístulas se encontraban; como se ve el dato microscópico señalaba desde luego un hecho de suma importancia que ayudaba al diagnóstico que por la exploración pudiera haberse hecho. No hago mención de la importancia que tiene el buscar en estos casos el bacilus de la tuberculosis que da tan comunmente abscesos de la margen del ano según lo señalan los autores, por tratarse en el caso especial de un hombre vigoroso, robusto y sin ningún antecedente sospechoso.

El enfermo á que me refiero, natural de Tulancingo, de 50 años, venía padeciendo desde hace ocho meses de un absceso situado en la nalga derecha abajo de la tuberosidad isquiática como á 12 centímetros de la margen del ano que le impedía completamente sentarse y montar á caballo, lo que hace habitualmente. Algunos meses antes había padecido de hemorroides de ese mismo lado, pero sin que le hubieran causado grandes molestias y que después desaparecieron.

El absceso llegó á tener grandes dimensiones y fué operado por un médico de Tulancingo, quien hizo una amplia incisión paralela al surco interglúteo á 15 centímetros de la margen del ano.

Después de algún tiempo de curar la herida quirúrgica, cicatrizó dejando una cicatriz esclerosa é irregular y poco después comenzaron á aparecer puntos pequeños (como granos según la expresión del enfermo) que se abrieron, dando salida á notables cantidades de pus y acompañando á esto un trastorno general que se manifestaba por elevación térmica.

Las digestiones eran perfectas así como la defecación, que no producía ninguna molestia, ni se hacía con dificultad ni se excretaba ningún producto que hiciera suponer una lesión intestinal ó una inflamación aguda ó crónica.

Estos antecedentes obtuve cuando fuí consultado hace un mes.

Al explorar la región enferma, me encontré con una cicatriz dura, irregular, de 11 centímetros de longitud y 2 á 3 de latitud en medio de una placa de piel esclerosada é infiltrada y rodeada de seis fístulas como pequeños cráteres que á la presión dejaban escurrir notable cantidad de pus, que fué el que examiné al microscopio.

No pude hacer mas que un examen superficial, pues el enfermo no me permitió que introdujera ningún estilete, recomendándome que al ha-

cer la intervención quirúrgica que yo le aconsejaba como urgente y cuando estuviera cloroformizado, le hiciera las exploraciones necesarias. Ese día el enfermo tenía $38^{\circ}9$ de temperatura y en la noche $39^{\circ}4$. Los dos días siguientes, mientras se preparó la operación esperando la llegada de personas de la familia, la temperatura se sostuvo casi á la misma altura, á pesar de la administración de algunos antisépticos intestinales y de grandes lavados del mismo canal con solución de permanganato, así como de los conductos fistulosos con inyecciones de cianuro de mercurio al $\frac{1}{2}$ por 1,000.

En el momento de la operación, acompañado de mis inteligentes compañeros los Sres. Dres. Fernando López y Fernando Zárraga, ya me pude dar cuenta del verdadero estado de las fístulas y de su profundidad. Una incisión de 12 centímetros siguiendo la línea de la anterior cicatriz de la que sólo me desvié para unir las aberturas de las fístulas, me permitió distinguir las fístulas que eran superficiales de las que más profundas, recibían en su trayecto como de 6 á 8 centímetros de profundidad á las primeras; un estilete de 14 centímetros penetró con facilidad por su propio peso casi por el canal fistuloso más posterior en la herida y no logrando tocar el fondo tuve que recurrir á la introducción de una pinza paralela de puntas romas que medía 24 centímetros de longitud, ésta penetró sin esfuerzo hasta los ojos de ella, es decir, á una profundidad de 21 centímetros siguiendo una dirección paralela á la línea axial del cuerpo que pasa por el ano; es decir, dirigida del punto situado en el centro de la antigua cicatriz que como se recordará estaba á 14 centímetros del ano y conservando sin variación esta dirección que la separaba del intestino recto; la fístula anterior venía á unirse con la primera á 16 centímetros próximamente de profundidad que fué hasta donde dividiendo los tejidos pude conectar ambos canales, no seccionando más profundamente por sentirse latir algunas gruesas ramas de la pudenda interna. Dada la profundidad de la fístula principal y la dirección que seguía, se comprende que el foco estaba situado en el hueco isquio-rectal, arriba del elevador del ano y que habiendo llegado á tal profundidad sin haber tenido ni la más liegra hemorragia, hubiera sido imprudente debridar hasta aquel punto.

La pinza que sirvió de sonda la utilicé por consejo del Dr. López para dilatar el canal al sacarla separando las ramas, lo cual me permitió el hacer un lavado profundo con la solución de cianuro de mercurio y poner dos tubos de drenaje; uno que seguía la línea principal y el otro la fístula menos profunda después de haber raspado con una larga cuchara, desde el fondo hasta la superficie el canal de las fístulas.

Terminada esta operación le puse una curación con aristol, haciendo la más completa oclusión con gasa biclorurada y makintosh.

El beneficio de la rigurosa antisepsia que se observó, se palpó poco después, pues la temperatura cayó á $36^{\circ}8$ ó 37° y al siguiente día el enfermo se encontraba en el más satisfactorio estado. En la tarde de este día el enfermo al hacer un esfuerzo para arrojar gases sintió que habían salido por la herida; avisado que fuí ordené que se pusieran dos veces al día lavativas de solución de permanganato de potasa y se vigilara la temperatura. Para evitar repeticiones diré que ésta se ha conservado siempre

después de la intervención, de 36.6 á 37° y que el enfermo no ha tenido la menor molestia, ni local, ni al evacuar, ni general.

Al aplicar la primera lavativa, se notó que salía por la herida una pequeña cantidad, entonces cambié la curación que contenía muy poco pus de olor ligeramente fecal y ya descubierta la herida, hice pasar otra lavativa de permanganato, lo que me prometió ver salir algunas gotas de solución por el tubo de drenaje largo.

Puse el espéculum ani, y ayudado con la iluminación eléctrica y habiendo anestesiado antes con solución de cocaína al $\frac{1}{2}$ el recto, exploré hasta cerca de 14 centímetros de altura sin llegar á encontrar ninguna modificación de la mucosa ni á percibir ninguna perforación; armado de una sonda inglesa aséptica, hice el cateterismo de los conductos fistulosos canalizados y llegué á penetrar á 23 centímetros de profundidad, sin poder ver en la parte del intestino que tenía descubierta con el espejo, ni la extremidad de la sonda ni la mucosa, hacer saliente impelida por el extremo de la sonda.

Era natural comprender que la perforación anal que indudablemente existía, estaba situada á grande altura, tal vez en el punto en que el recto se incurba hacia la izquierda para formar la porción terminal de la S iliaca.

Dado el caso como se presentaba y no habiendo ninguna manifestación que complicara el estado del operado, me pareció prudente el seguir lavando el intestino dos veces al día con permanganato y administrando Benzonaftol en dosis moderadas, por la boca.

Al cuarto día, la solución de permanganato que había seguido saliendo en cantidades cada vez menores, ya no apareció en la herida, lo que el enfermo notó desde luego, pues sentía cuando había ese escape de líquido. Desde ese momento los tubos de drenaje han ido saliendo por la impulsión de la cicatriz profunda, el de la fístula más pequeña, ocho días hace que cayó, quedando de la grande sólo 2 centímetros de profundidad ayer, por lo cual quité el tubo y llené el pequeño túnel, con gasa empapada en pomada de vaselina con acetato de cobre, que tan limpias conservan las heridas y permite la formación de yemos normales. La herida está cicatrizada completamente; la infiltración de la piel ya desapareció y queda sólo el extremo superficial de la gran fístula que limpia y sin dar ya pus, estará seguramente cicatrizada en pocos días.

Parece, pues, que la perforación intestinal se ha obturado cicatrizando, lo cual sin duda ha sido un éxito debido á la naturaleza y á la antisepsia, pues ha suprimido un peligro constante y evitado una intervención quirúrgica de más importancia por la vía abdominal, por haber estado situada la perforación á tan grande altura en el intestino.

México, Diciembre 8 de 1895.

ANGEL GAVIÑO.