

## ARTÍCULO II

## FÍSTULAS ANORRECTALES

En el periné, alrededor del ano, se abren trayectos fistulosos que tienen orígenes diversos; pueden proceder: 1.º de la uretra ó de la próstata; 2.º de los huesos de la pelvis, principalmente del isquion; 3.º del conducto anorrectal. El nombre de *fístulas anorrectales* se reserva para esta última variedad.

**Etiología y patogenia.** — Por regla general, *una fístula del ano es la resultante de un absceso, caliente ó frío, de la región anorrectal*. En efecto, al lado de las fístulas que son la terminación frecuente de un flemón agudo, espontáneamente abierto ó incompletamente incindido, existen casos numerosos en que el enfermo ha visto establecerse la fístula, sin sufrimientos vivos, en frío.

Las fístulas que subsiguen á una supuración fría son, en general, de naturaleza tuberculosa. Clínicamente, quedan demostrados dos hechos: de una parte, es frecuente observar en los enfermos con fístulas signos de tuberculosis visceral (14 por 100 según ALLINGHAM); de otra, se encuentran á menudo fístulas en sujetos tuberculosos (4 á 5 por 100 de los casos).—El absceso tuberculoso del ano resulta de una inoculación local por los bacilos de Koch, aportados por las heces y que penetran á nivel del esfínter á favor de una erosión de la mucosa. El absceso tuberculoso frío se calienta á menudo á consecuencia de una infección mixta, cuyo agente habitual es el colibacilo. Así se forman esos *abscesos tibios* de TILLAUX, cuya terminación por fístula queda bien explicada: la membrana tuberculógena continúa su doble evolución de extensión periférica y de reblandecimiento fungocaseoso.

¿Por qué los abscesos calientes terminan por la fístula?—Se han invocado primeramente causas mecánicas: 1.º el vacío creado por la fusión supurada del tejido celular del espacio isquiorrectal; 2.º la dificultad que resulta para la aproximación y adherencia de las paredes de ese foco hueco, pues la supuración sólo persiste gracias á la permanencia de la cavidad; 3.º la movilidad del recto; 4.º la induración de los tejidos perifistulosos que forman callosidades. En realidad, la causa de la persistencia del trayecto fistuloso es doble: de una parte, son las

condiciones favorables á la permanencia de su infección, y de otra, es su reinfección sucesiva.

El *estado permanente de septicidad* es debido á las irregularidades de calibre del trayecto, á los desprendimientos y á las anfractuosidades, propicias á la estancación y á la retención: la prueba está en que, en el procedimiento de la incisión, se cura la fistula transformando el trayecto sinuoso y sus focos subtegumentarios y submucosos en una herida abierta en todos sus recodos, curada de plano y al descubierto. — De otra parte, la *reinfección* es frecuente: en las fistulas completas, las materias fecales penetran en sus trayectos irregulares y los sostienen, como ocurre con todas las fistulas pioestercorales; en las fistulas ciegas externas, los microorganismos del intestino pueden, emigrando á través de la mucosa, reinocularlos de un modo indefinido.

**Anatomía patológica.** — La *fistula completa* se compone de un trayecto con dos orificios: es *ciega externa* cuando el trayecto no se abre más que por un orificio exterior, y *ciega interna* cuando solamente se abre en el intestino. — Los orificios cutáneos son casi siempre laterales, rara vez están en la línea media y á veces son múltiples, especialmente en las fistulas tuberculosas. Son á menudo estrechos, no admitiendo más que un pequeño estilete, ocultos á veces en una depresión de la piel retraída, ordinariamente situados en el vértice de una elevación ó prominencia rojiza. En las fistulas tuberculosas el orificio está con frecuencia ensanchado, formando una ulceración de fondo sanioso y de bordes violáceos y desprendidos.

El trayecto de la fistula se subordina á la variedad del absceso original.

1.º **FÍSTULAS SUPERFICIALES.** — A los abscesos subcutáneos-mucosos subsiguen fistulas superficiales que caminan de la piel á la mucosa por el tejido celular subcutáneo de la margen y el espacio submucoso del conducto anorrectal. Así, pues, pasan por debajo del esfínter (trayecto subesfínteriano) y por dentro del esfínter (trayecto intraesfínteriano). El orificio interno de estas fistulas está siempre situado muy bajo, conforme RIBES hizo notar por vez primera; se encuentra á la altura del borde superior del esfínter en la zona de las válvulas de MORGAGNI; pero se prolonga por encima de este punto por desprendimientos submucosos.

Los desprendimientos subcutáneos que se observan bastante á menudo en estas fistulas, suelen tener dos orificios: fluyen hacia delante ó hacia fuera, hacia la nalga. En las fistulas con

orificios múltiples tegumentarios, se ve que en realidad, lo más á menudo, sólo hay un desprendimiento subcutáneo que se abre á través de una piel acribillada (*fístulas en forma de regadera*).

2.º FÍSTULAS PROFUNDAS.— En lugar de seguir su trayecto por el tejido celular subcutáneo y submucoso, caminan oblicua-

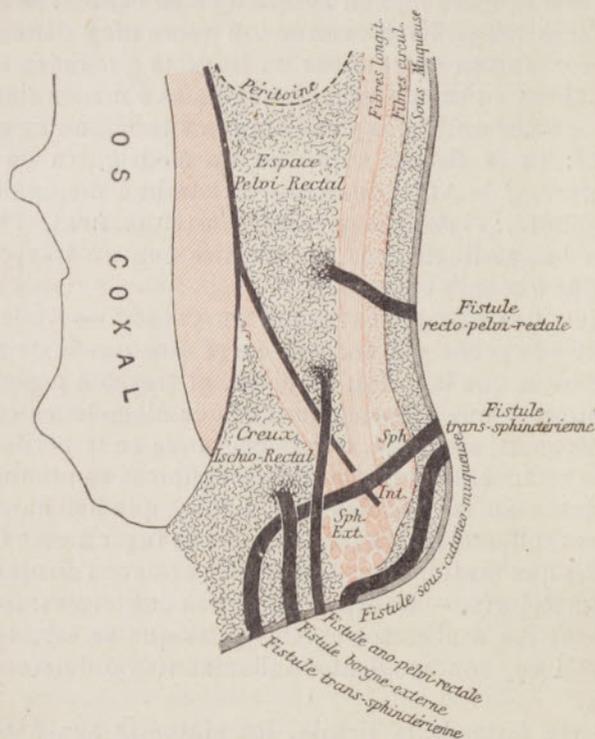


Fig. 209

Esquema que demuestra los diversos trayectos de las fístulas anorrectales

*Os coxal*, hueso coxal ó ilíaco; *Péritoine*, peritoneo; *Espace pelvi-rectal*, espacio pelvi-rectal superior; *Creux ischio-rectal*, hueco ó espacio isquiorrectal; *Fibres longit.*, fibras musculares longitudinales; *Fibres circul.*, fibras musculares circulares; *Sous-muqueuse*, espacio submucoso; *Fistule recto-pelvi-rectale*, fistula recto-pelvirrectal; *Fistule trans-sphinctérienne*, fistula transesfinteriana; *Sph. int.*, esfínter interno; *Sph. ext.*, esfínter externo; *Fistule ano-pelvi-rectale*, fistula ano-pelvirrectal; *Fistule borgne-externe*, fistula ciega externa; *Fistule trans-sphinctérienne*, fistula transesfinteriana; *Fistule sous-cutaneo-muqueuse*, fistula subcutáneo-mucosa.

mente hacia el recto, por el tejido conjuntivo que rodea el extremo inferior de este intestino, por el tejido grasoso de la fosa isquiorrectal (fístulas extraesfinterianas), ó por el que separa los diversos haces musculares de los esfínteres del ano (fístulas

inter ó transesfinterianas). Son bastante á menudo tuberculosas, lo cual explica por qué son entonces ciegas externas.

Su trayecto es anfractuoso, con focos profundos, complicado á veces con ramos colaterales que pasan á través de las fibras del esfínter. — Hay una fístula, que los ingleses llaman la fístula en herradura (*horse-shoe fistula*), en la que el contorno del recto está desprendido en la mitad de su calibre: se encuentran entonces dos orificios externos, á veces muy distantes del ano, que comunican entre sí por un trayecto que rodea al intestino y se abren en su calibre á un nivel más ó menos elevado. — A veces los focos múltiples y anfractuosos terminan en orificios numerosos: es la fístula en forma de madriguera de conejo (*a rabbit warren*) de ALLINGHAM. — Existe una disposición que importa conocer: el *doble desprendimiento* (MOLLIERE), el trayecto profundo, extraesfinteriano, se complica con un trayecto submucoso más ó menos extenso.

ESTRUCTURA DE LOS TRAYECTOS FISTULOSOS. — En las fístulas recientes la pared del trayecto no es otra que la de un absceso. A medida que la lesión envejece, el trayecto presenta dos capas distintas: una interna, formada de mamelones carnosos y la otra externa, esclerosa, que se confunde en la periferia con los tejidos vecinos. Esta transformación fibrosa es pronunciada, especialmente en las fístulas subcutáneas que han sufrido varios accesos inflamatorios sucesivos, dando lugar á esas famosas *callosidades* que tanto han ocupado á los antiguos cirujanos.

Sintomatología. — Deben distinguirse dos formas: las fístulas consecutivas á abscesos agudos y las que se establecen de modo insidioso, con accidentes inflamatorios ó dolorosos muy reducidos.

Una vez formada la fístula, los síntomas son á menudo muy escasos: fuera de crisis de retención ó de inflamación, los dolores son poco intensos, limitados ordinariamente á una sensación de pesadez: de lo que más se quejan los enfermos es de la secreción continua de la fístula, de la que fluye un pus seroso, bastante fétido, que da lugar entre las nalgas á eritema ó prurito. En las fístulas ciegas internas y sobre todo en las fístulas abiertas en el espacio pelvirrectal superior, los dolores son más acentuados y se atribuyen á la afección causal, periuterina ó periuretral; el flujo de pus se produce entonces en el momento de las deposiciones.

Diagnóstico. — Para examinar á un enfermo atacado de fístula anal, se ha de colocar en la posición de la talla, con las nalgas elevadas. Se procurará no tomar, en el caso de un ecze-

ma del ano, un pliegue radiado hinchado, rezumante, por el orificio externo de una fístula. Si hay casos en que el orificio externo, prominente (tipo en forma de culo de gallina), aparece fácilmente á la vista, hay otros en que se le ha de buscar desplegando el orificio. El trayecto se explorará introduciendo un estilete romo, mientras se introduce un dedo en el recto; si el trayecto es ancho, corto y directo, el encuentro entre el dedo y el estilete se realiza muy cerca del ano. El tacto rectal permite además percibir, á nivel del orificio interno, una pequeña depresión ulcerada, ó bien un ligero mamelón. La corta distancia de este orificio por encima del ano y la delgadez de las partes comprendidas entre el estilete y el dedo, permiten reconocer la fístula subcutáneomucosa.

La fístula isquiorrectal se distingue por el espesor de las partes que la separan. Si su trayecto es extraesfinteriano, el orificio exterior está alejado varios centímetros del ano y el estilete toma una dirección vertical, paralela á la pared rectal. Si la fístula es transesfinteriana, el orificio cutáneo generalmente dista menos del ano, de 2 á 4 centímetros, y la dirección del estilete es más oblicua. Si el estilete no penetra en el recto, no hay que deducir con seguridad que la fístula no es completa: el instrumento puede chocar con el arranque de un ramal ó con una sinuosidad, ó bien se pierde en un desprendimiento submucoso. Pregúntese entonces al enfermo si las heces ó los gases pasan por el trayecto, ó bien inyéctese un líquido coloreado en la fístula, leche por ejemplo, y obsérvese si sale por el ano.

Una vez establecida la existencia de una fístula, completa ó ciega, se ha de precisar: 1.º su origen y 2.º su naturaleza.—Si se trata de una fístula osteopática ó de una fístula urinaria, el diagnóstico de las primeras se establece por la dirección del estilete hacia el isquion, por la abundancia de la supuración y por la existencia de un punto doloroso en el isquion, el coxis ó el sacro. Las fístulas urinarias se caracterizan por su localización en el periné, por la salida de la orina y por la exploración de la uretra.

¿Es tuberculosa la fístula? Si los bordes están desprendidos, violáceos, fungosos; si la supuración es serosa con grumos; si la evolución se ha efectuado en frío y si se producen numerosos focos, es probable la tuberculosis. Se puede afirmar, por el examen bacteriológico de las secreciones ó por la comprobación de una tuberculosis visceral en el sujeto.—Ciertas fístulas están ligadas con una estrechez congénita del recto ó con un carcinoma de este órgano: el tacto rectal fijará este origen. Por último,

conviene recordar la existencia de fistulas de la región coccígea, debidas á vestigios del *infundibulum paracoccigeo*; su situación media y posterior, la distancia á que se encuentran del ano, la invaginación de la piel sana en su periferia y á veces la salida de pelos por el orificio fistuloso, son datos que nos permitirán reconocer su naturaleza.

**Tratamiento.** — La incisión del trayecto fistuloso es el procedimiento de elección. El día antes de operar se administrará al enfermo algún purgante, y poco antes del acto operatorio, algunos enemas para limpiar bien el recto: se introduce una sonda acanalada en la fistula y penetra en el recto, ya por el orificio interno, ya perforando la mucosa; el índice izquierdo, introducido en el intestino, engancha el extremo de la sonda y la tiene fuera del ano: los tejidos así colocados se cortan de un solo golpe de bisturí. Todos los focos son desbridados y las fungosidades son raspadas con la cucharilla. Después de la incisión, la herida puede ser tratada de dos modos: ó bien se la rellena con gasa yodofórmica, procurando al enfermo cierto grado de constipación ó estreñimiento durante cinco ó seis días y se deja que el foco se llene por granulación, bajo esta cura plana, repetida cada vez que se ensucia con las materias, ó bien, si el foco operatorio está perfectamente saneado, sin divertículo, se intenta la reunión inmediata de sus paredes por la sutura metódica, en planos superpuestos, sutura ideada ya por CHASSAIGNAC desde 1852. Después de la operación de la fistula, se observa una incontinencia, por parálisis esfinteriana, que desaparece ordinariamente después de dos ó tres semanas. La duración de la incontinencia no debe inducir á un pronóstico de permanencia definitiva: á veces, después de seis meses ó de un año, se ve que los esfinteres recobran su poder regulador.

### ARTÍCULO III

#### FISURA DEL ANO

Tres elementos componen la *fisura del ano*: 1.º una *ulceración*, á menudo ligera, pequeña hendidura lineal situada en los pliegues cutáneos de la región anal; 2.º *dolores* con paroxismos, de una intensidad desproporcionada con una lesión tan pequeña (*irritable ulcer* de los ingleses); 3.º una *contractura intermitente ó permanente* del esfínter del ano.

**Patogenia y etiología.** — En la fisura, el espasmo es el todo:

mantiene la ulceración y provoca los paroxismos dolorosos. Cuando es suprimido, la fisura nada significa ya y los dolores desaparecen. Boyer fué el primero que tuvo el mérito de establecer este papel preponderante de la contractura esfinteriana. Así, pues, la patogenia de la afección se resume en el modo de producirse esa contractura.

En un sujeto habitualmente constipado, las materias acumuladas y endurecidas en la ampolla ensanchada, no pueden atravesar la hilera anal sin traumatizarla de dentro afuera y lesionar su contorno. De ahí la influencia capital, establecida por BRETONNEAU y TROUSSEAU, de la constipación en la producción de erosiones fisurarias á nivel de los pliegues radiados, lo que explica que la fisura sea más frecuente en las mujeres. — Los hemorroidarios están muy expuestos á la fisura: la causa es la constipación y las modificaciones de la mucosa. — Es posible que la estrechez congénita del ano predisponga también á ella. — Es admisible que el eczema, el eritema in-  
tértrigo y la irritación del pus blenorragico, provoquen la formación de fisuras á nivel del ano, pero el hecho es raro. — Es absolutamente excepcional que la erosión sea de origen traumático.

He aquí, pues, constituida una ulceración, de ordinario simple hendidura. Los paroxismos dolorosos aparecen, primero con ocasión de la defecación y más tarde espontáneamente: como representa el *esquema de Hilton*, los filetes nerviosos del fondo ó de los bordes de la úlcera, se hallan al descubierto; de la fisura parte una excitación sensitiva que, á nivel de la médula, se refleja hacia los nervios motores que dirigen el esfínter. Así,

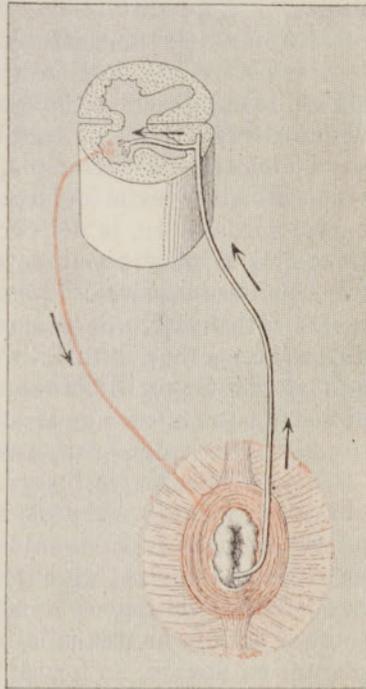


Fig. 210

Esquema demostrativo del arco reflejo en la fisura de ano: la excitación sensitiva parte de la misma fisura; el reflejo motor acaba en el esfínter.

el dolor produce el espasmo y por un círculo vicioso el espasmo exaspera el dolor. El esquema de Hilton es cierto como arco reflejo é inexacto como punto de partida sensitivo: las investigaciones de QUÉNU han demostrado que no se puede ver ningún filete nervioso al descubierto en la superficie de la úlcera, pero que existe, en ciertas fisuras particularmente dolorosas, una alteración material de los filetes nerviosos subyacentes á la ulceración, una neuritis capaz de sobrevivir á la neuralgia y que explica la prolongación de los sufrimientos después de la intervención.

**Síntomas.** — Al principio, el enfermo sólo experimenta una sensación de prurito doloroso, que sigue á la expulsión de las heces. Poco á poco, la defecación se hace cada vez más dolorosa. Luego, la *crisis fisuraria* se establece según su tipo clásico en tres estadios sucesivos: 1.º en el momento en que el bolo fecal fuerza el esfínter, una sensación de desgarró penoso que sólo dura algunos instantes; 2.º una remisión de algunos minutos, que sigue al dolor; 3.º la reaparición del dolor, que va creciendo hasta su máxima agudeza, bajo la forma de un desgarró profundo, de una quemadura intrarrectal.

Con el tiempo, estos paroxismos dolorosos duran varias horas. El paciente acaba por sufrir continuamente; las crisis se producen fuera del momento de la defecación, con motivo de la tos ó de un esfuerzo ligero. El paciente se condena á la inmovilidad; adopta posiciones de alivio, ya comprimiéndose el periné sobre el ángulo de una silla, ya acostándose de costado con las piernas en flexión, en forma de gatillo. El enfermo teme la defecación: evita ir al retrete, lo cual aumenta la constipación y el mal, y se priva de alimentos. Las funciones digestivas acaban por perturbarse; el estado general se altera, ciertos fisurarios llegan á una neurastenia completa que acrece la intensidad de las reacciones dolorosas: entonces aparecen irradiaciones dolorosas hacia el ciático ó en las bolsas ó retención vesical.

La forma de estas crisis dolorosas es característica. El diagnóstico se confirma por la comprobación de la fisura y del espasmo del esfínter. Colocado el enfermo en decúbito lateral, con el muslo inferior extendido y el superior en flexión, levántese suavemente, con la mano, la nalga superior y despléguese la piel del ano, rogando al enfermo que haga un esfuerzo. Se busca la fisura en su sitio ordinario, sobre todo hacia atrás, á la altura de la línea anocutánea (línea blanca de HILTON). A menudo no es más que una pequeña erosión lineal oculta entre dos pliegues; á veces se encuentra una ulceración elíptica

que sólo interesa la mucosa, de bordes rojos y algo elevados, de fondo grisáceo, coronada en algunos casos por una pequeña vegetación poliposa.

Si se introduce el dedo en el recto, se comprueba la estricción del esfínter contracturado: se puede, principalmente gracias á la vaselina cocainizada, explorar entre el pulgar y el índice el músculo duro y engrosado. El *speculum ani* es á veces necesario para descubrir una fisura profunda. Es doloroso explorar la mucosa según el procedimiento de Мотне, practicando con el índice encorvado en forma de gancho, la inversión, como un dedo de guante, de la mucosa anal. Una inyección intraesfínteriana de cocaína al 1 por 100 puede facilitar esta exploración.

**Tratamiento.** — Existen, como había indicado ya LISFRANC, fisuras *tolerantes*, para las que bastan los baños de asiento, los laxantes y los supositorios con cocaína. Para las fisuras *intolerantes*, de crisis dolorosas crecientes, se han propuesto dos métodos: la incisión del esfínter, operación de Boyer, ó bien la dilatación de Récamier y Maisonneuve. La dilatación es el método de elección porque suprime la contractura: se practica suavemente, bajo el cloroformo (vigilar mucho no sobrevenga algún síncope), con los dos índices ó los dos pulgares dirigidos hacia los isquiones. El alivio es rápido, á veces casi inmediato: en algunos casos inveterados, en que la neuritis ha sucedido á la neuralgia, se necesitan varios días para calmar los dolores.

#### ARTÍCULO IV

### ULCERACIONES DEL ANO Y DEL RECTO

La mucosa del recto es un sitio de elección para las erosiones y las ulceraciones: explícase perfectamente este hecho como consecuencia de las ocasiones incesantes de ulceración que allí se encuentran, de los traumatismos que resultan de la defecación y de la presencia frecuente de varices á nivel de la mucosa anorrectal.

La blenorrea rectal puede determinar excoriaciones fisurarias que radican en los pliegues radiados. En el ano, el chancro blando toma frecuentemente el aspecto de una fisura. La disentería forma en el recto ulceraciones redondas, de bordes cortados á pico, consecutivas á la eliminación de una escara de la mucosa. La sífilis terciaria da rara vez lugar á ulceraciones.

La úlcera tuberculosa del recto, primitiva ó consecutiva á una tuberculosis pulmonar, tiene dimensiones generalmente algo crecidas, cuya localización es rectal ó anorrectal, cuya forma es redondeada irregularmente y cuyos bordes son desprendidos, con infiltración mucosa en su alrededor.

Según han observado MALASSEZ y PÉAN, conforme admiten los ingleses CRIPPS y BALL y ha establecido QUÉNU, existen en el ano verdaderas úlceras varicosas. Las alteraciones varicosas de las venas anales y el trastorno circulatorio que de ello resulta, producen en este, como en otros puntos, una disminución del estado trófico local: de ahí un retardo en la reparación de las heridas á ese nivel y la transformación ulcerosa de las pequeñas pérdidas de substancia de la mucosa en los hemorroidarios. Se observan tres tipos, y se pasa del uno al otro por crecimiento progresivo: una simple fisura, dolorosa ó tolerante, que es el primer estadio; una pequeña úlcera redondeada (úlcera de ALLINGHAM) y, por último, la extensa ulceración de MALASSEZ y PÉAN, que reside preferentemente en la comisura posterior de la margen. Tres síntomas revelan estas úlceras varicosas no irritables: trastornos de sensibilidad, generalmente limitados al tenesmo y á pujos infructuosos; un flujo mucopurulento y la hemorragia.

Las úlceras fisurarias, irritables y dolorosas, *painfull irritable ulcer* de los ingleses, deben ser tratadas por dilatación del ano. Las úlceras simples son curadas con astringentes (pomadas con extracto de ratania), la vaselina ortofórmica cuando se ponen dolorosas, cauterizadas con el nitrato de plata cuando granulan demasiado y tocadas con el termocauterio cuando se eternizan.

#### ARTÍCULO V

### HEMORROIDES

**Definición.**—Las hemorroides son las varices de las venas anorrectales.

**Anatomía patológica.**—En el adulto y particularmente en el viejo, se observan, á nivel de las válvulas de MORGAGNI, ciertas ampollas ovaladas, cuyo volumen varía desde el de un grano de trigo al de un guisante. Estas ampollas venosas, bien descritas por DURET, forman en el contorno del extremo terminal del

recto una fila ó hilera circular: son, como ha demostrado QUÉNU, dilataciones patológicas, pequeñas varices ampulares, verdaderas «hemorroides en miniatura». Corresponden á los pinceles de pequeños tronquitos que ocupan las columnas de MORGAGNI, que sirven de anastomosis entre las venillas de origen de la hemorroidal superior y la red submucosa de las venas hemorroidales inferiores.

Tal es el *sitio inicial* de las alteraciones varicosas que constituyen las *hemorroides internas*: desde el punto de vista angiológico, corresponde á la red de unión entre la circulación porta y la circulación cava; topográficamente ocupa la zona comprendida entre el orificio anal y la línea anorrectal. De ahí, la alteración varicosa se extiende: 1.º hacia los ramúsculos de origen de las hemorroidales inferiores, lo cual produce las *hemorroides externas*; 2.º hacia el sistema venoso rectal, formando las venas hemorroidales superiores, en algunos sujetos, flexuosidades voluminosas.

La *lesión elemental* está, pues, constituida por esas pequeñas ampollas suspendidas de un ramúsculo; pero no es esta la única forma observada: se ven también dilataciones tortuosas, abultamientos en forma de huso y venillas prendidas sobre un asa como los hilos de un penacho ó cresta. — Estas lesiones elementales, dilataciones de diversos tipos, se aglomeran para formar una *hemorroide*, es decir, un pequeño paquete de varices anorrectales, suspendido de uno ó varios tronquitos venosos. — Estas aglomeraciones de ampollas, en lugar de formar tumores aislados, pueden confluír en masas más voluminosas: así se desarrollan verdaderos rodetes. — La masa de las varices, cubierta por la mucosa, hace deslizar á ésta gracias á la laxitud de la túnica conjuntiva subyacente y la arrastra hacia el ano; la prominencia de los rodetes se acusa de este modo otro tanto y así el prolapso de la mucosa viene á complicar la alteración primitiva de las venas.

¿Cuáles son las lesiones histológicas de las paredes venosas? Se las encuentra á veces engrosadas por una hiperplasia de las fibras musculares lisas; pero casi siempre se presentan adelgazadas, reducidas por desaparición del elemento contráctil, á una capa de tejido fibroso, fusionadas á veces con las paredes tangentes de las venas contiguas. Esta transformación esclerosa de las paredes permite su distensión y el aumento de la luz vascular. A menudo, sin embargo, el calibre, en lugar de dilatarse, se obstruye, gracias á la organización de un trombus. Alrededor de las venas dilatadas, los tejidos presentan los

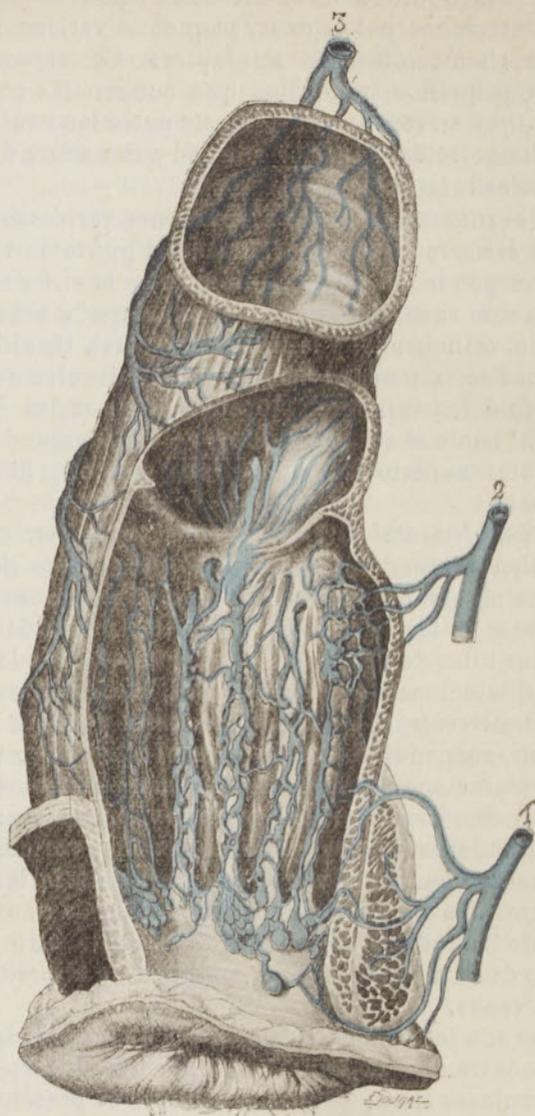


Fig. 211

Esquema demostrativo de los tres pedículos hemorroidales del recto

1, vena hemorroidal *inferior* que, por sus anastomosis *supra*, *trans* y *subesfinterianas*, comunica con las *ampollas venosas*, origen de hemorroides, á nivel de las válvulas de Morgagni. — 2, vena hemorroidal *media*. — 3, vena hemorroidal *superior*.

signos de una inflamación crónica. Los *vasa nervorum* pueden participar de la alteración varicosa.

**Etiología y patogenia.** — Las hemorroides son más frecuentes desde los treinta ó cuarenta años; se observan particularmente en los artríticos, en los que comen mucho, en los sedentarios, en los constipados y en el estado de embarazo.

¿Cuál es su patogenia? Dos condiciones presiden á su formación: 1.º una *modificación de estructura* de la pared de las venas hemorroidales; 2.º una *dilatación* de estos vasos. Es decir, un elemento biológico y un elemento mecánico.

De estos dos elementos, ¿cuál es el que obra primero? — *¿Es la dilatación venosa el hecho inicial ó primitivo*, al que subsigue la alteración parietal? Según esta teoría mecánica hay que conceder el papel preponderante á las causas de hipertensión secundaria, puestas en claro por J. L. PETIT, GOSSELIN y DURET: 1.º dificultad en la circulación de la vena porta, resultante de lesiones de las vísceras, especialmente del hígado y del bazo; 2.º trastornos fisiológicos repetidos, que ocasionan una hipertensión en el sistema porta, como se produce en el esfuerzo; 3.º contractura del esfínter, cuyos haces estrangulan los conductos de derivación que permiten el flujo de la sangre de las venas hemorroidales internas hacia las hemorroidales externas, de lo que resulta una distensión de las venas del recto y de sus ampollas terminales.

En realidad, estas condiciones mecánicas no son más que causas secundarias: el hecho primitivo, patógeno, consiste en la alteración esclerógena de las paredes de las venas. Precisamente porque han sufrido ese adelgazamiento fibroso, con pérdida de su reacción contráctil, las venas anorrectales se dejan distender bajo la presión sanguínea.

La *flebitis*, de evolución esclerosa, es la condición primera de la *flebectasia*.

**Síntomas.** — Se distinguen dos clases de hemorroides: 1.º las *hemorroides externas*, que se desarrollan por fuera del ano, bajo los tegumentos que limitan la abertura anal; 2.º las *hemorroides internas*, que residen en la zona submucosa del recto, encima del esfínter, á 12 ó 15 milímetros del orificio anal.

1.º HEMORROIDES EXTERNAS. — En estado de flacidez se presentan alrededor del ano bajo el aspecto de prominencias aplanadas ó irregularmente redondeadas, solitarias ó múltiples, implantadas sobre una base bastante ancha y formadas por repliegues arrugados y plegados de la piel de la región perianal. Si se dice al enfermo que haga un esfuerzo como para expeler,

se verán aparecer en la base del repliegue algunas abolladuras azuladas y blandas de la mucosa anorrectal.

La hemorroide externa es asiento de fenómenos congestivos é inflamatorios que llevan el nombre de *crisis hemorroidales*. Estas crisis son provocadas por accesos de flebitis, comparables en absoluto á la flebitis varicosa y debidas á una infección, ordinariamente colibacilar, de la variz anal. Su intensidad es variable. En las formas ligeras, el tumor hemorroidal se pone doloroso, tenso, y los síntomas se reducen á una molestia ó dificultad en la marcha y la posición sentada. A veces esa turgencia dolorosa es más viva: la variz se hincha formando un tumor duro, liso, lustroso, rosado ó violáceo, según que esté cubierto por la piel ó la mucosa, muy sensible é irreducible; la defecación es penosa y temida y el espasmo del esfínter agrava estos trastornos dolorosos.

Generalmente, á los tres ó cuatro días renace la calma y el tumor recobra su carácter de hemorroide flácida, blanda é indolora. A veces, siendo más vivo el acceso fluxionario y más marcada la distensión venosa, se produce una rotura de la variz y un pequeño derrame sanguíneo. Esta flebitis local termina á veces por la formación de un pequeño absceso; de aquí la producción de una fistula cutáneomucosa de origen flebítico. Por último, es frecuente observar, como terminación de la inflamación repetida de las hemorroides externas, la induración del tumor: debido á la obliteración de las varices anales y de la condensación esclerosa del tejido celular, la hemorroide se transforma en una nudosidad cutánea, desecada y marchita, de apariencia verrugosa, á la que los autores antiguos han dado el nombre de *marisco*. Estas hemorroides induradas nunca dan sangre, pero pueden ulcerarse y dar lugar á fisuras supurantes.

2.º HEMORROIDES INTERNAS. — Se distinguen dos variedades: 1.º las *hemorroides no procidentes*, que quedan ocultas en el recto ó sólo salen de él temporalmente; 2.º las *hemorroides procidentes* que, siendo primero intrarrectales, han sido arrastradas al exterior por el empuje del bolo fecal ó por la turgencia progresiva de las venas y que se presentan, fuera del ano, bajo la forma de un tumor blando y liso ó de un rodete más ó menos voluminoso. Esta procidencia presenta á su vez dos formas: unas veces es permanente (hemorroides procidentes irreducibles), otras veces sólo es temporal, y el tumor vuelve á entrar por sí mismo ó bajo la presión del dedo (hemorroides procidentes reducibles).

Una hemorroide interna no procidente, que permanece por encima del esfínter, puede quedar latente ó no revelar su presencia, con ocasión de crisis fluxionarias, más que por una sensación de plenitud dolorosa hacia el ano, marcada sobre todo en el momento de la defecación. Pero el síntoma decisivo de estas hemorroides internas es la hemorragia que acompaña á su turgencia: ordinariamente esta hemorragia sigue á la defecación bajo la forma de sangre rutilante no mezclada con las materias fecales; á veces estas pérdidas aparecen fuera de las evacuaciones alvinas. Estas hemorragias, bien procedan de la rotura de una ampolla varicosa, bien de hemorragias capilares de la mucosa, bien de erosiones, pueden por su repetición acarrear un estado de anemia grave.

Las *hemorroides procidentes reducibles* se limitan á veces á causar molestias en la defecación y ligeras pérdidas de sangre. Cuando el prolapso hemorroidal, más voluminoso, resiste más á la reducción, se observan dolores y tenesmo que pueden persistir después de la reducción. Cuando la irreducibilidad se prolonga, los sufrimientos, más vivos, provocan por vía refleja el espasmo de los esfínteres: entonces queda establecido un círculo vicioso, pues la contractura esfinteriana aumenta la turgencia y ésta aumenta el espasmo.

La masa hemorroidal interna se estrangula, y cuando se examina la región anal se encuentran en ella dos rodetes concéntricos: uno exterior, de color rojo vivo, formado por las hemorroides externas, y otro central, compuesto de abolladuras redondas, de un color rojo obscuro ó violáceo, de superficie lisa y cubierta de mucosidades, que es debido á la procidencia irreducible de las hemorroides internas. Este prolapso hemorroidal irreducible puede terminar de distintas maneras: hemorragia por rotura, supuración por flebitis, y esfacelo parcial ó total por gangrena de la parte estrangulada.

La rectitis complica con bastante frecuencia las hemorroides internas. En ciertos sujetos, ordinariamente constipados, dispépticos, que sufren de cólicos secos (cólicos hemorroidales), se observa un flujo, á menudo independiente de la defecación, primero mucoso, luego mucopurulento y mezclado con sangre roja en los accesos fluxionarios. Los antiguos designaban con el nombre de *hemorroides blancas* este catarro crónico del recto.

**Diagnóstico.** — Las hemorroides externas, turgentes y tenasas, no dejan lugar á duda alguna; las hemorroides duras ó flácidas se distinguen de los condilomas en que la piel conserva generalmente su grosor y consistencia. — Una hemorroide

interna no procidente, hemorrágica, puede ser confundida con un pólipo: se ha de procurar que se presente á la vista por un esfuerzo de defecación ó se observará directamente con el *speculum ani*; por otra parte, los pólipos tienen los caracteres distintivos de encontrarse más á menudo en el niño, de ser tumores macizos y relativamente duros, casi siempre pediculados.

El cáncer del recto podría ser confundido con hemorroides internas con pérdidas blancas ó con pérdidas blanco-rojas: el tacto rectal, *que debe ser practicado sistemáticamente en todas las enfermedades de la región*, permitirá reconocer las masas vegetantes ó las placas ulceradas y duras del carcinoma, muy diferentes de las prominencias lisas y suaves de las hemorroides. El prolapso de la mucosa rectal se distingue de las hemorroides procidentes por su rodete continuo perianal.

**Tratamiento.** — Las crisis hemorroidarias poco graves se calman bajo la influencia de los baños de asiento calientes, de las irrigaciones rectales á 50° y de las aplicaciones de cocaína y de adrenalina. Cuando se trata de la estrangulación aguda de un rodete hemorroidario, donde predomina el síntoma dolor, la dilatación forzada del esfínter, suprimiendo el espasmo, suprime el sufrimiento. Los rodetes ó rebordes hemorroidarios procidentes deben ser tratados mediante la extirpación; dos procedimientos se disputan la competencia: 1.º la escisión con el termocauterio después de comprimir el rodete en sus cuatro puntos cardinales; 2.º la escisión cruenta, operación de Whitehead. Previa dilatación, se coge con unas pinzas de Kocher el vértice del rodete de media circunferencia de la margen anal y se hace bajar; cada una de estas semicircunferencias es incindida de un extremo á otro; la sección cruenta inferior de la mucosa es suturada á la piel por una serie de puntos con catgut.

## ARTÍCULO VI

### PÓLIPOS DEL RECTO

**Definición.** — El pólipo del recto es un tumor *benigno y pediculado*, desarrollado sobre las paredes rectales. La benignidad es un carácter que le distingue de un neoplasma polipiforme, como un epiteloma con pedículo.

**Anatomía patológica.** — Los pólipos del recto son tumores de pequeño volumen (un guisante, una cereza, una nuez), de color rojo vivo ó violáceo, unas veces lisos, otras lobulados

ó mamelonados, ordinariamente únicos y á veces múltiples. Cuelgan de un pedículo, cordón blanco, á veces largo y delgado, otras corto y ancho; la cara posterior del recto es su sitio de elección por encima del esfínter.—Su consistencia ha servido largo tiempo de base para su clasificación: se han distinguido *pólipos duros*, constituídos por un tejido de aspecto fibroideo, comparables á los fibromiomas uterinos, y *pólipos blandos*, pequeños tumores rojos, de pedículo delgado, comparados á una fresa, á una cereza ó á una frambuesa.

Desde el punto de vista histológico, los pólipos rectales se dividen en dos grupos: unos se desarrollan á expensas del aparato glandular y otros proceden del tejido conjuntivo de la mucosa ó de la musculatura de las paredes.

Los primeros son, pues, adenomas, en los que, por tanto, la hipertrofia de las glándulas es la lesión principal, y los segundos son más bien tumores fibroplásticos, fibromiomas y miomas.

El pólipo, al principio, es un neoplasma sesil. Se pediculiza por tracción, llevado poco á poco hacia la cavidad rectal y arrastrado por el esfuerzo de la defecación: el pedículo es, pues, debido á la elongación progresiva de la mucosa que cubre al neoplasma. Ocurre á veces que este pedículo, estirado y frágil, se rompe: de ello resulta la eliminación espontánea del pólipo. Bastante á menudo el pólipo, arrastrando la mucosa, ocasiona su prolapso.

**Sintomatología.** — La afección es mucho más frecuente en los niños que en los adultos: muchachos y niñas están igualmente predisuestos á los pólipos.— Su desarrollo es ordinariamente muy lento, y la afección puede ser durante mucho tiempo latente. La aparición de un flujo sanguíneo por el ano en un niño, adquiere un valor patognomónico: esta pérdida de sangre roja, que nunca se mezcla con el bolo fecal y que de ordinario sigue á su salida, es intermitente y sujeta á grandes variaciones. Con esta rectorragia se combina á veces una pérdida glerosa bastante abundante para ser confundida con una disentería. El niño prolonga su permanencia en el orinal, hace enérgicos esfuerzos, se queja de sentir peso hacia el ano, tiene tenesmo y alguna vez sufre retención de orina.

Estos síntomas adquieren un valor absoluto cuando el tumor puede ser visto ó tocado: á menudo, despues de una deposición, el pólipo sale por el ano. Por medio del tacto rectal, cuando esta prociencia no existe, el médico encuentra en la ampolla un pequeño tumor redondeado, blando y con pedículo.

En los adultos, los pólipos blandos han sido confundidos

con hemorroides; en el niño este error no es posible. Siempre que un niño presenta perturbaciones de las vísceras pelvianas, que coincidan con una rectorragia, es necesario practicar el tacto rectal: de lo contrario puede equivocarse el diagnóstico, especialmente cuando el mal se revela por síntomas anormales como la retención de orina.

**Tratamiento.** — El tratamiento consiste en la escisión, previa ligadura del pedículo: nada es más sencillo, cuando el tumor es procidente, y si el pedículo queda dentro del recto, se alcanza previa dilatación del esfínter por medio del espéculo.

## ARTÍCULO VII

### PROLAPSO DEL RECTO

**Anatomía patológica.** — Hay que distinguir, como claramente ha establecido CRUVEILHIER, las formas anatómicas y clínicas siguientes:

1.<sup>a</sup> La mucosa anorrectal, deslizándose sobre la musculosa gracias á la laxitud de la capa celular submucosa, sale fuera del

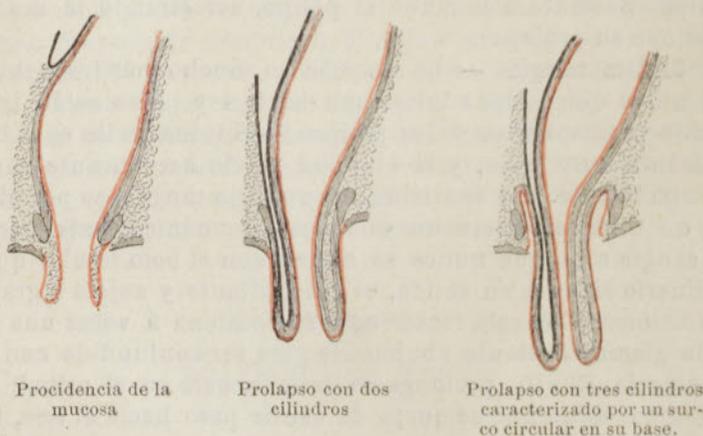


Fig. 212

Esquema que demuestra los diversos grados del prolapso rectal

ano constituyendo el *prolapso parcial*, la procidencia de la mucosa; es, según la comparación de CRUVEILHIER, el forro demasiado flojo que se sale de la manga del vestido.

2.<sup>a</sup> El recto sale del ano con todas sus tunicas y se forma

entonces el *prolapso total*, *prolapso completo* de Gross, *prolapso invaginado* de Gosselin. De este género de prolapso se observan en la clínica dos variedades: invaginaciones con dos cilindros é invaginaciones con tres cilindros.

Supongamos un tubo flexible, de caucho, que se invierte sobre sí mismo como un dedo de guante: al replegarse la parte superior — cilindro invaginado con doble pared — descende en el segmento inferior que ha quedado fijo — cilindro invaginante simple — y tiende á formar al exterior un tumor más ó menos prominente. Tal es el meca-

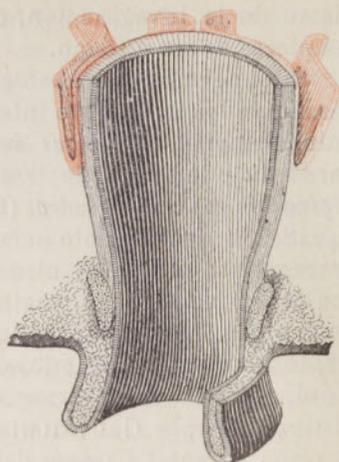


Fig. 213

Esquema que demuestra un prolapso mucoso (en sección transversal).

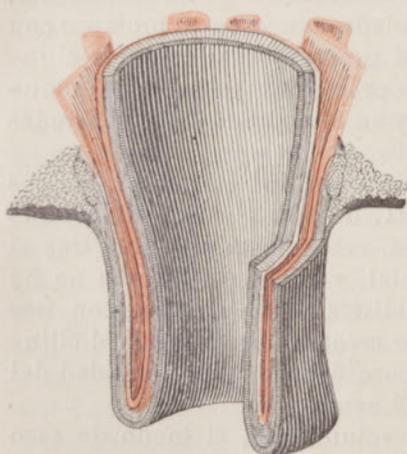


Fig. 214

Esquema que demuestra un prolapso invaginado con dos cilindros (en sección): no hay surco circular en la base.

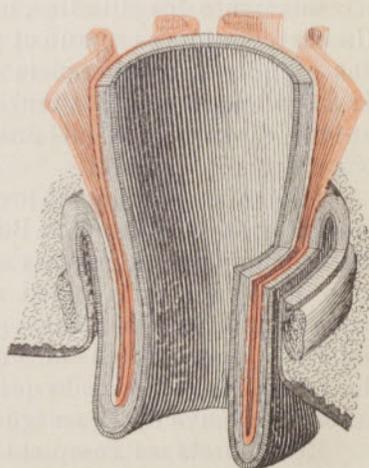


Fig. 215

Esquema que demuestra un prolapso invaginado con tres cilindros (en sección), donde se ve el fondo de saco peritoneal descendido y la formación de un fondo de saco circular en la base.

nismo de la invaginación, comparable al encaje ó enchufe de las piezas de un antejojo.

Supongamos, por analogía, que la parte superior del recto descende hacia la parte inferior. Un corte transversal, practicado á nivel del *pliegue invaginado*, seccionará tres veces la pared, bajo la forma de tres círculos concéntricos: tal es la *invaginación con tres cilindros* (fig. 215). — A nivel de la *parte prolapsada*, la sección sólo encuentra dos cilindros adosados, uno descendente externo y otro ascendente interno, formando ambos parte del pliegue invaginado; pero el primero queda siempre separado de la extremidad inferior del recto por un surco circular, tanto menos profundo, cuanto más pronunciado es el prolapso. Se pueden observar dos tipos, ya muy acertadamente distinguidos por CRUVEILHIER: 1.º la expulsión y el prolapso de la ampolla rectal á través del ano; 2.º la invaginación del colon á través del recto y del ano, hecho que, en realidad, viene á resultar sólo una forma rectal de la invaginación intestinal.

El *prolapso invaginado con dos cilindros* (fig. 214) se comprende fácilmente. Supongamos, dice BROCA, que el pliegue de invaginación, en lugar de formarse en la continuidad del tubo, se produce en su extremo inferior: en el tumor prolapsado existen solamente dos cilindros, uno descendente y otro ascendente. Un carácter, que es común al prolapso mucoso y al prolapso con dos cilindros, los diferencia del prolapso total con tres cilindros: en los primeros, la mucosa procidente se halla en continuidad directa con la piel anal y en el segundo están separadas por un surco circular.

¿Cómo se produce el prolapso con dos cilindros? Por dos mecanismos. O bien, dice BROCA, un tumor constituido desde un principio por la mucosa sola, crece hasta arrastrar tras sí todo el espesor de la pared rectal, y entonces el surco no ha existido nunca, ó bien hay primitivamente prolapso con tres vainas, y á medida que el tumor crece, va arrastrando el cilindro invaginante, de modo que poco á poco la profundidad del surco disminuye hasta ser igual á cero.

En el prolapso completo y voluminoso, el fondo de saco peritoneal ha descendido: puede constituir, en la parte anterior del prolapso, un verdadero saco herniario, en el que pueden penetrar las asas intestinales. Se da el nombre de *hedrocele* á ese fondo de saco peritoneal prolapsado. Hasta hace poco tiempo se admitía que ese hedrocele era secundario, siendo arrastrada la serosa por el descenso rectal. Según una teoría reciente de LUDLOW, es primitivo, precede al prolapso rectal y determina

la invaginación del intestino. El hidrocele y la presencia de las asas que á él pueden descender es de importancia el conocerlos para evitar graves contingencias al practicar la escisión cruenta del prolapso.

**Etiología y patogenia.** — El prolapso rectal, afección rara, se observa principalmente en los dos extremos de la vida, la infancia y la vejez. En el adulto, se presenta con más frecuencia en la mujer.

¿Cuáles son sus causas determinantes?

El prolapso mucoso, que se observa particularmente en los niños y en los viejos, es debido de un modo especial á la laxitud de la capa celular submucosa: es un ectropión mucoso, comparable al que se produce á nivel de todos los orificios ribeteados por una membrana mucosa, quemosis conjuntival, para-fimosis, ectropión del cuello uterino.

Bajo la acción del esfuerzo de la defecación, la mucosa adquiere el hábito de hacerse procidente: esto se ve en el caballo, cuya mucosa sigue el bolo fecal en cada deposición. Esta salida, primero parcial y pasajera, producida después de la deposición y que vuelve hacia dentro fácilmente, acaba por ser extensa y permanente. Así se explica la importancia de la disenteria y de la diarrea que multiplican las deposiciones, de la constipación que aumenta el esfuerzo y empuja la mucosa con las masas duras. Se comprende, como ha demostrado MOLLIERE, la influencia de esa mala costumbre que tienen las madres ó las nodrizas de dejar á la criatura sobre el orinal durante un tiempo prolongado: el niño continúa haciendo esfuerzos y expulsa su mucosa rectal. — En el viejo, la mucosa, engrosada por varices hemorroidales, tiende al prolapso, tanto más cuanto que á esa edad la tonicidad del esfínter está á menudo reducida.

¿Cómo se produce el prolapso completo, es decir, cómo se invagina el recto con todas sus tunicas?—Lo mismo que el útero y la vagina, el recto tiene dos clases de medios de fijación: está *sostenido*, por abajo, por el esfínter y por el suelo perineal, y está *suspendido*, por arriba, por su mesorrecto. De ahí la importancia patogénica que se concede á uno y otro de estos factores: la relajación del esfínter, acusada por GIRALDES, que se observa en las criaturas y en los viejos; la debilitación del suelo perineal, consecutiva á los embarazos repetidos; la laxitud anormal y congénita del mesocolon y del mesorrecto, ligamentos superiores del órgano.

Una ingeniosa teoría acaba de ser formulada por LUDLOW:

la hernia peritoneal del fondo de saco de Douglas sería el origen del prolapso rectal. En este fondo de saco se encuentran asas intestinales: bajo la influencia de frecuentes esfuerzos de impulsión, quizá á favor de una deformación congénita de este fondo de saco, la pared anterior del recto es empujada, invaginada en la ampolla, y este pliegue de invaginación empezaría constantemente á la altura del esfínter de NÉLATON. La pared anterior va seguida, en su invaginación progresiva, por la pared lateral, luego por la pared posterior y por todas las túnicas de la porción supraampular del recto: en resumen, en el prolapso rectal verdadero, es toda la ampolla la que desciende y se invierte sobre sí misma.

**Sintomatología.** — El *prolapso de la mucosa sola* se presenta en el ano bajo la forma de un rodete ó de una prominencia redondeada, roja, ligeramente glerosa, que se continúa directamente con la piel del ano, sin un surco donde pueda penetrar el estilete. Esta falta de surco ó zanjita circular constituye el signo de VIDAL (de Cassis): no es patognomónica del prolapso mucoso, pues se encuentra también en la invaginación con dos cilindros. Una ligera presión determina la reducción del prolapso mucoso.

Quando se trata de un *prolapso rectal verdadero* con todas sus túnicas, el tumor es cilíndrico y alargado, de color rojo, húmedo y untuoso en su superficie. La longitud varía de 6 á 8, 12 y 15 centímetros. Su forma es especial: se la ha comparado á una maza, á un bolo; cuya base está á nivel del orificio anal. El extremo inferior de esa prominencia presenta un orificio oval, que deja pasar el índice y que está dirigido hacia atrás: disposición atribuída por CURLING á la tracción del mesorrecto sobre la parte posterior del tumor y que LUDLOW explica por la presión de la hernia en la parte anterior, rechazando hacia atrás el conjunto del prolapso.—Entre el tumor y el ano se encuentra, si se trata de un prolapso con tres cilindros, un surco y una reguera ó zanjita circular. Cogiendo el tumor con toda la mano y empujándolo hacia el ano, se practica su reducción; en el adulto y cuando el prolapso es antiguo, la reducción se hace difícil. Por la percusión y la presión, se comprobará si existe, delante del prolapso, un hedrocele bajo la forma de un tumor sonoro que presenta gorgoteo y que se pone tenso por el esfuerzo y la tos.—Las complicaciones del prolapso son: la ulceración de la mucosa, la irreducibilidad y la estrangulación, así como la flebitis y el esfacelo de la porción prolapsada.

**Tratamiento.** — En el niño debe reducirse el prolapso des-

pués de cada deposición, vigilar la defecación, modificar la rectitis por medio de enemas fríos y ratania y levantar el estado general mediante la alimentación reglamentada y los baños salinos. En los casos graves, la cauterización ígnea, bajo la forma de líneas de fuego longitudinales, es útil, formando otras tantas columnas cicatriciales que estrechan la ampolla y fijan la mucosa á la pared por medio de tractus fibrosos.

En el adulto se pueden proponer dos métodos: el primero restaura el sostén anoperineal, y el segundo repara los medios de suspensión del intestino. — Los procedimientos ano y recto-plásticos consisten en estrechar el orificio anal y la ampolla rectal, mediante escisiones mucosas seguidas de sutura. La suspensión artificial del recto se realiza, ya por la rectopexia, ya por la colopexia: la primera, reglamentada especialmente por GÉRARD MARCHANT, fija el intestino, por vía perineal, al tejido fibroso precoxígeo; la segunda, preconizada por JEANNEL, suspende, por la vía abdominal, el recto á la fosa ilíaca ó al arco crural. — Un procedimiento muy recomendable consiste en escindir el cilindro de mucosa en toda la altura del prolapso, suturando después á la margen del ano el contorno de la mucosa restante, más allá de la escisión: DELORME y FORGUE han precisado la técnica operatoria y hecho resaltar las ventajas de esta decorticación mucosa. — La miorrafia de los músculos elevadores del ano ha sido preconizada por NAPALKOFF, GÉRARD MARCHANT y LENORMANT. — Por último, en los prolapsos irreducibles, de paredes ulceradas ó degeneradas, hay que suprimir el tumor por la resección.

#### ARTÍCULO VIII

### ESTRECHECES DEL RECTO

Las hay de dos clases distintas: 1.º estrecheces congénitas; 2.º estrecheces inflamatorias.

1.º ESTRECHECES CONGÉNITAS.—Existen estrecheces caracterizadas por su forma valvular, cuyo origen es congénito y se atribuyen á los vicios de conformación de la región anorrectal.

Algunas residen en la porción alta de la ampolla y parece que corresponden á un desarrollo exagerado de los repliegues de HOUSTON: esta variedad rara ha sido bien descrita por DUBREUIL. Pero, en general, las estrecheces congénitas se encuentran en la parte inferior, en la zona anorrectal, á dos

ó tres centímetros del ano. La estenosis es ordinariamente única. Forma, ya un diafragma valvular, ya una media luna, ya una simple brida. — Un tipo interesante ha sido descrito por TILLAUX: la brida ocupa un sitio constante, á tres centímetros del ano; está casi siempre situada en la semicircunferencia posterior del recto y pasa á menudo inadvertida porque, estando el enfermo acostado sobre el dorso, el dedo explora más particularmente la pared anterior. Por encima de esta brida posterior (estrechez parcial, no circunferencial) la ampolla rectal está ampliamente dilatada, y el dedo se hunde en ella: á la presencia de esta brida se atribuye la formación de ciertas fístulas que curan después de su desbridamiento.

2.º ESTRECHECES INFLAMATORIAS. — Tres clases ú órdenes de lesiones pueden estrechar las tónicas rectales: 1.º una verdadera cicatriz; 2.º una lesión tuberculosa de tipo escleroso; 3.º un sífiloma que ha sufrido la transformación fibrosa.

Las estrecheces cicatriciales son raras y fáciles de explicar: son consecutivas á heridas accidentales ó quirúrgicas y á ulceraciones del recto.

Las estrecheces que derivan de lesiones tuberculosas son excepcionales, aunque la tuberculosis se comprueba con frecuencia en la autopsia de individuos que tenían una estrechez del recto.

El interés clínico se concentra en la tercera variedad; á saber, la estrechez sífilítica. Con respecto á ella han sido emitidas dos teorías. Una (teoría del sífiloma anorrectal de TRÉLAT y FOURNIER) considera la estrechez rectal como un accidente constitucional de la sífilis: habría primero sífiloma anorrectal, hiperplasia intersticial; luego, este goma, en lugar de reblandecerse, sufriría la transformación esclerosa y determinaría por retracción la estenosis intestinal. La segunda (teoría de GOSSELLIN y DUPLAY), ve en la estrechez una lesión de orden puramente inflamatorio; la sífilis sólo desempeña un papel indirecto, abriendo la puerta á la infección, condición patogénica, por el chancro ó por la placa mucosa. De ahí una rectitis crónica ascendente, que puede llegar á una formación fibrosa y una estrechez consecutiva del recto. Por sus estudios histológicos, BERGER y MALASSEZ, DELBET y MOUCHET, HARTMANN y TOUPET han demostrado la realidad de esa rectitis estenosante y la importancia del proceso inflamatorio común y corriente, que tiene por punto de partida una infección á nivel de una lesión local sífilítica, tuberculosa ó hasta blenorragica.

En la mayoría de los casos, la estrechez llamada sífilítica se

presenta en la mujer. En una enferma se observa primero un período más ó menos largo de rectitis: necesidad frecuente de defecar y evacuación dolorosa de materias mucopurulentas, bajo la forma de una diarrea fétida cuyos despeños alternan con una constipación persistente. Luego, se desarrollan los signos de una estenosis: la constipación es rebelde, resiste á los enemas y alterna con la expulsión de materias glerosas, estriadas de pus y de sangre, que resultan de la estasis fecal por encima del obstáculo; las heces fecales expelidas son, ya pequeñas masas duras y redondeadas, ya materias acintadas; las primeras se observan más especialmente cuando la estrechez es superior y las segundas cuando la estenosis radica cerca del ano. Se producen crisis de obstrucción incompleta: el vientre se abulta, la constipación es persistente y aparecen vómitos; al cabo de algunos días una deposición pone fin á estos accidentes. A medida que la estenosis progresa, se desarrollan trastornos generales: la enferma enflaquece, se anemia é intoxica con los productos sépticos retenidos por encima de la estrechez; al ver el color amarillento de la cara, se creería á menudo que se trata de un cáncer. Se desarrollan flemones en la región anorrectal y terminan por fistulización.

Introduciendo el dedo en el ano, á cuyo nivel se ven de ordinario condilomas, pequeñas excrecencias duras y lardáceas, se encuentran desigualdades y engrosamientos de la mucosa. Después, el dedo llega á la estrechez, que se distingue por los caracteres siguientes: 1.º forma cilíndrica; 2.º desarrollo longitudinal sobre 4, 6 ú 8 centímetros; 3.º estado velvético de la mucosa, erizada de múltiples mamelones.

Estos caracteres permiten el diagnóstico de la estrechez sifilítica; es necesario unir á ellos, como signos cuya importancia ha demostrado GOSSELIN, el flujo mucopurulento y las fístulas perianales. — La palidez amarillenta de los tegumentos y la caquexia progresiva evocan á veces la idea de un cáncer: ahora bien, aunque forma á veces un cilindro extenso, de paredes engrosadas, la estrechez inflamatoria no da la sensación de un verdadero tumor, lo cual se comprueba en la mujer combinando los tactos vaginal y rectal y tampoco se encuentran las ulceraciones duras del carcinoma.

**Tratamiento.** — Dilatación, incisión y escisión son los medios aplicables á las estrecheces inflamatorias del recto. Cualquiera que sea el método escogido, la antisepsia rectal tiene gran importancia sobre el valor del resultado: sabemos, en efecto, cuál es el papel de la inflamación, de la rectitis infec-

ciosa, preexistente á la estenosis. En los casos graves hemos recurrido algunas veces á practicar un ano iliaco temporal para desviar de este modo durante algún tiempo el curso de las heces fecales y conseguir una buena desinfección del recto. La dilatación se hace generalmente con las bujías de Hégar. Para la incisión se recurre por lo común á la rectotomía externa. Finalmente, la escisión convendría á una estenosis circular limitada, supraesfinteriana.

## ARTÍCULO IX

### CÁNCER DEL RECTO

El cáncer rectal es, en la casi totalidad de los casos, un *tumor epitelial*, un epitelioma. El sarcoma y el linfadenoma son formas raras de tumores malignos del recto.

**Anatomía patológica.** — 1.º LOCALIZACIÓN. — Desde el asa omega hasta el ano, el cáncer epitelial puede ocupar todos los puntos del recto (fig. 216).

Clínicamente se distinguen, desde el punto de vista de las indicaciones operatorias y del procedimiento de elección, los tipos siguientes indicados por QUÉNU: 1.º un *tipo inferior, cáncer anal*, localizado debajo de las inserciones del elevador del ano en la zona esfinteriana; 2.º un *tipo medio, cáncer ampular*, que ocupa la ampolla, es decir, el segmento que se extiende entre el elevador y el peritoneo, forma anatómica que tiene como característica el ser y mantenerse *extraperitoneal* y respetar la integridad de la región esfinteriana; 3.º un *tipo superior intraperitoneal, cáncer supraampular*, que, hacia abajo, está limitado por el fondo de saco peritoneal, y que hacia arriba se extiende más ó menos, no pasando unas veces de la tercera vértebra sacra, donde termina la porción de intestino grueso provista de mesenterio y elevándose otras veces más arriba de este nivel, punto límite del recto según el concepto de TRÉVKS, é invadiendo la rama descendente del omega; 4.º un *tipo de invasión total*, en que todo el recto es invadido desde el ano hasta 12 y 15 centímetros por arriba.—*El cáncer ampular es el tipo más frecuente*, pues se presenta en casi la mitad de los casos. Los tipos altos y bajos se observan en número casi igual.

2.º FORMA. — Los ingleses describen: 1.º una *forma tuberosa*; 2.º una *forma laminosa*; 3.º una *forma anular*.—La primera se caracteriza por tumores circunscritos del volumen de una

nuez ó de una castaña, de relieve irregular y cuyo centro no tarda en ulcerarse en un cráter de fondo negruzco y pulposo.

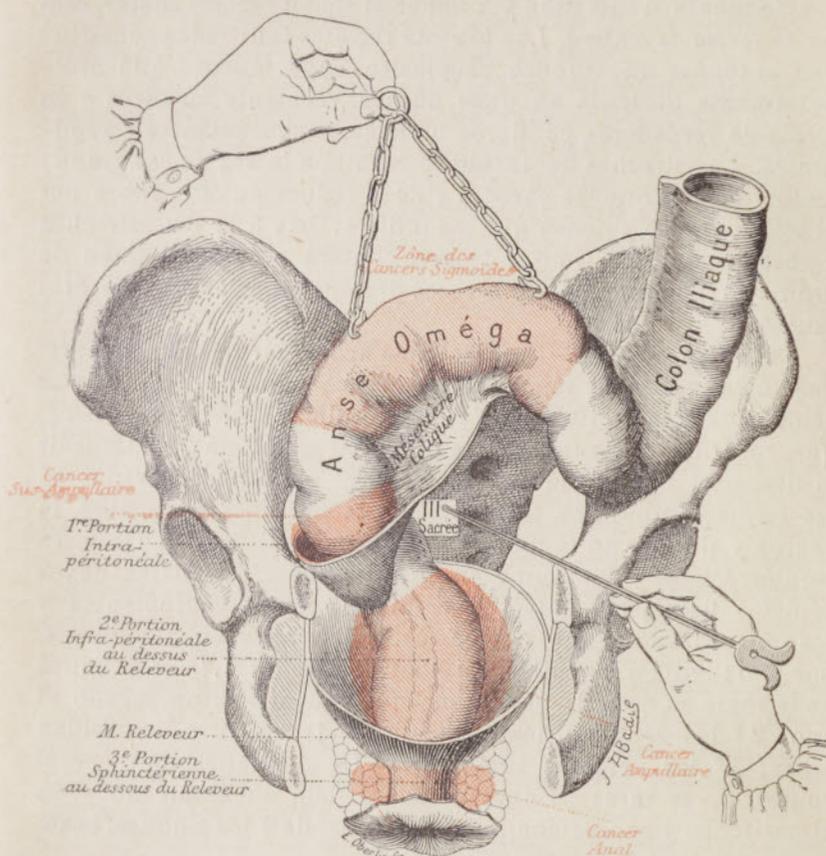


Fig. 216

Esquema demostrativo de los diversos tipos anatómicos del cáncer anorrectal

Colon iliaque, colon iliaco; Anse oméga, asa omega; Mésentère colique, mesenterio del colon; III sacrée, tercera vértebra sacra; 1.ª portion intra-péritonéale, porción superior ó intraperitoneal del recto; 2.ª portion infra-péritonéale au dessus du releveur, porción media del recto, situada por debajo del peritoneo y por encima del músculo elevador del ano; M. releveur, músculo elevador del ano; 3.ª portion sphinctérienne au dessous du releveur, porción inferior ó esfinteriana del recto, situada por debajo del músculo elevador del ano; Cancer anal, cáncer del ano ó de la porción inferior del recto; Cancer ampullaire, cáncer de la ampolla rectal ó sea de la porción media del recto; Cancer sus-ampullaire, cáncer de la porción superior ó intraperitoneal del recto; Zône des cancers sigmoïdes, zona de los cánceres sigmoideos ó de la S ilíaca del colon.

En la forma laminosa, el neoplasma, menos prominente, se extiende en una placa cuyo fondo se ulcera y excava, y cuya

base se indura. Todas las formas, por bien circunscritas que estén al principio, tienden por su progreso á envolver circunferencialmente el intestino y á tomar el tipo de *cáncer anular*, *cáncer en forma de contera*. Las tunicas rectales infiltradas constituyen entonces un cilindro neoplásico, cuya mucosa está ordinariamente ulcerada en unos puntos, vegetante en otros y en forma de verdaderas coliflores blandas, sanguinolentas y supurantes. La estrechez del intestino resulta á la vez de esa granulación irregular de las paredes y de la reducción del calibre por el tejido grueso y denso que las infiltra: hay á la vez estrechez y obstrucción. Los límites de esta contera neoplásica están de ordinario bien marcados y á veces prolongados por núcleos distantes.

3.º EXTENSIÓN. — El epiteloma acaba por rebasar las paredes intestinales: el tejido perirrectal se engruesa, adhiere y es asiento de una infiltración mixta, inflamatoria y neoplásica, que contribuye á aumentar la fijeza del neoplasma y á impedir el descenso operatorio del recto. — El epiteloma invade, en las formas ampulares, la próstata y la vejiga en el hombre, la vagina y el útero en la mujer. El cáncer anal infiltra las fosas isquiorrectales y determina en ellas abscesos perianales, cuyos orificios fistulosos dejan pasar mamelones sanguinolentos y blandos de naturaleza neoplásica. — La infección ganglionar, por linfangitis ó embolias epiteliales, invade: 1.º los ganglios de la ingle en caso de epiteloma que radica ó es propagado al ano; 2.º los ganglios hemorroidales alojados en la concavidad sacra; 3.º los ganglios lumbares. — La generalización, por el contrario, es rara: se observa sobre todo en el hígado y en el peritoneo y excepcionalmente se extiende á los riñones, bazo, pulmones y á los huesos.

4.º HISTOLOGÍA PATOLÓGICA. — Hay que distinguir el cáncer del *ano* y el cáncer del *recto* propiamente dicho. El primero, desarrollándose á expensas de la piel y de una mucosa dermopapilar, toma la forma de un *epiteloma pavimentoso*, procedente de las células ectodérmicas de esta zona. Por el contrario, el cáncer del recto, que tiene su punto de partida en un epitelio intestinal, reviste la forma de un *epiteloma cilíndrico*, conforme á la estructura celular de esta mucosa.

Esta distinción es cierta en conjunto, pero sufre excepciones: un cáncer inferior puede ser cilíndrico, porque por debajo del límite de la mucosa del recto se pueden encontrar células análogas á las del epitelio intestinal; por otra parte, en la mucosa del recto crónicamente irritada, que ha cambiado su reves-

timiento cilíndrico por uno pavimentoso estratificado, puede desarrollarse, como ha dicho QUÉNU, un epiteloma histológicamente semejante á los canceroides cutáneos.

§ 1.º *Epitelioma cilindrico*. — Dos elementos le constituyen: 1.º el *elemento epitelial*; 2.º el *estroma conjuntivo*.

I. *Elemento epitelial*. — Las *células epiteliales* se presentan bajo dos formas diferentes, bien dilucidadas por QUÉNU y LANDEL. Unas veces estos elementos, conservando con persistencia los caracteres esenciales del epitelio normal, se disponen en tubos pseudoglandulares, de calibre perfectamente reconocible, separados por trabéculas más ó menos gruesas de tejido conjuntivo (*carcinoma adenomatoso* de HAUSER, *epitelioma típico* de QUÉNU y LANDEL). Otras veces, las células, perdiendo su forma normal, constituyen, no ya tubos con calibre bien diferenciado, sino cilindros macizos ó hasta masas celulares, dispuestas concéntricamente, llenando alvéolos formados en el tejido conjuntivo (*carcinoma sólido ó macizo* de HAUSER, *epitelioma atípico* de QUÉNU). — En los tubos pseudoglandulares, el epitelio, aun conservando su forma cilíndrica, está aumentado en espesor. Esto se debe á dos causas: 1.ª la formación de varias capas celulares; 2.ª la hipertrofia de estas células, cuyas dimensiones son mucho más considerables que en estado normal y cuyos núcleos hipertrofiados son múltiples. Por la superposición de varias capas celulares, y por su compresión recíproca, ocurre que las células pierden su forma cilíndrica: sus límites son entonces menos precisos. Un carácter señalado por QUÉNU y LANDEL, es la tendencia á la desaparición de las células mucíparas. — En el epiteloma de forma atípica, las células epiteliales tienden á perder su forma y disposición iniciales.

II. *Estroma conjuntivo*. — El *estroma conjuntivo* varía según las formas. En ciertos casos está reducido á delgadas trabéculas que separan los tubos ó los cilindros macizos epiteliales, que componen por sí solos casi todo el neoplasma (*carcinoma medular* de HAUSER, *carcinoma encefaloideo*): estas formas tienen tendencia á progresar con rapidez y á infectar precozmente el sistema linfático. — En otras formas, por el contrario, el tejido conjuntivo reacciona con intensidad en contacto con el tejido epitelial: forma entonces trabéculas gruesas, fibrosas y abundantes, que separan las formaciones epiteliales y contribuyen á aumentar la densidad del tumor: es el *carcinoma escirroso*, el cáncer duro, cuya malignidad es menor. Entre estas dos formas existe una serie de variedades, según la abundancia del tejido conjuntivo.

§ 2.º *Epitelioma pavimentoso*. — Se distingue: 1.º un epitelioma *lobulado* con globos epidérmicos; 2.º un epitelioma *tubulado* sin globos. — Pero, como hacen observar QUÉNU y LANDEL, el elemento importante no es el globo epidérmico, agrupación de células en vías de queratinización, sino esta misma queratinización.

§ 3.º *Epiteliomas de células mucosas*. — Una alteración característica del epitelioma cilíndrico, señalada por QUÉNU y LANDEL, es que la mucosa rectal, en vías de evolución cancerosa, pierde ordinariamente sus células mucíparas, caliciformes. Pero en algunos casos la evolución de las células cilíndricas es diferente: se transforman todas en células mucíparas, y dan origen á tumores, compuestos de una verdadera red de tejido conjuntivo, cuyos alvéolos están llenos de grandes células esféricas y de una gran cantidad de moco.

**Síntomas y diagnóstico.** — *Hemorragia, dolores y trastornos de la defecación*, son los síntomas que deben llamar la atención del médico. Porque conviene saber, que el cáncer rectal evoluciona ordinariamente de un modo lento, á menudo precedido por una fase precancerosa, en que existe en estado de papiloma; que la sintomatología del principio es en general poco marcada y reducida á perturbaciones comunes á todas las afecciones del recto y del año; por último, que el progreso del epitelioma rectal, hasta un estado más ó menos avanzado de la invasión local, son compatibles con las apariencias de una salud floreciente.

La gravedad y la rapidez de aparición de los síntomas se deben evidentemente á las mismas formas del mal y á sus variedades anatomopatológicas. Varían: 1.º según se trate de formas duras, escirrosas, con tejido conjuntivo denso y abundante, lentas en ulcerarse ó de especies encefaloideas, blandas, con neoplasia epitelial preponderante, que llegan prontamente á la ulceración, ya por cancerización de la mucosa, ya, como lo ha observado QUÉNU, gracias á su destrucción por focos inflamatorios desarrollados alrededor de los mamelones cancerosos submucosos; 2.º según que el cáncer permanezca largo tiempo localizado bajo la forma de nódulo en un punto de la pared ó que adquiera la forma vegetante, propicia á las hemorragias, ó que se haga rápidamente anular, produciendo una estrechez cada vez más reducida.

La *hemorragia* puede ser una manifestación inicial del neoplasma y presentarse con una brusquedad y abundancia excepcionales: acabamos de observarla en un hombre, joven todavía, que una noche, presa de una necesidad repentina, eva-

cuó cerca de un vaso de sangre; esta evacuación se produjo dos veces, en las dos deposiciones siguientes y luego fué reemplazada por pequeños flujos irregulares. — Ordinariamente, el tipo de la hemorragia es el siguiente: á veces son algunos filetes de sangre que acompañan á la expulsión de materias duras y redondeadas; más á menudo las deyecciones son negruzcas, semejantes al alquitrán, al poso de café ó al hollín, por haber permanecido la sangre en el recto, donde se ha descompuesto y mezclado con las materias diluídas. Cuando por encima del neoplasma se ha desarrollado una rectitis de alguna intensidad, son masas glerosas rosadas y estriadas de sangre, disenteriformes, que barnizan las materias y son expulsadas por defecaciones frecuentes con tenesmo. Por último, en los cánceres blandos, cuando la superficie ulcerada se cubre de mamelones grisáceos, entre cuyas anfractuosidades se encuentra una mezcla de líquido canceroso, de pus resultante de la rectitis y de materias fecales, lo que fluye es una sanies pútrida, sanguinolenta, con mucomembranas, pieles, raspaduras de tripa, como dicen los enfermos, y á veces escaras mucosas fétidas desprendidas de la masa neoplásica reblandecida.

Los *dolores* son poco pronunciados al principio y no puede fundarse en ellos un diagnóstico precoz. Son á veces simples cólicos, con meteorismo, debidos á la constipación. Sensaciones de escozor, pinchazos hacia el ano acompañan á la defecación, la fatiga y á la posición de pie prolongada. En otros enfermos, es una sensación de peso hacia el sacro y el coxis, la impulsión de una necesidad no satisfecha. Mas, sorprende ver á qué fase avanzada pueden llegar las lesiones locales en ciertas formas de cáncer supraampular, de un modo lento y poco doloroso. — Al contrario, los cánceres de la región anal, probablemente por la complicación de fisuras, y ciertos cánceres de la ampolla rectal determinan dolores intensos desde su aparición. Las formas duras de los cánceres altos, donde la estrechez se constituye rápidamente, son también notables por la vivacidad de los sufrimientos, por sus irradiaciones en las ingles, lo que se halla en relación con las dificultades para la salida de las materias excrementicias, con la contusión del punto estrechado al tiempo de su paso, con las contracciones dolorosas del intestino por encima del obstáculo y con la rectitis que se desarrolla hacia arriba y los pujos que de ello resultan. Estas mismas causas se vuelven á encontrar al explicar los dolores que acompañan á las últimas fases del epiteloma rectal, cualesquiera que sean su sitio y su forma. Es necesario añadir á ellas las propa-

gaciones del tumor á los órganos vecinos, las ulceraciones vesicales, uretrales, vaginales que resultan y la misma invasión del plexo sacro, lo cual explica esas irradiaciones hacia el miembro inferior, señaladas principalmente por ESMARCH.

Los trastornos de la defecación son precoces en los cánceres de los alrededores del ano, en cuyo caso toman la forma de defecaciones dolorosas, y en los cánceres supraampulares, especialmente en los cánceres situados algo elevados, que radican en la unión del asa omega y del recto, que, haciéndose muy pronto anulares, desarrollan la constipación pertinaz primero y la obstrucción intestinal después. Por el contrario, la ampolla, región espaciosa, permite de un modo más prolongado la evolución latente, no obliterante, de un neoplasma de sus paredes.

La constipación es un síntoma constante del principio; puede alternar con deposiciones pseudodiarreicas resultantes de la misma estancación de las materias y de la rectitis glerosa ó mucomembranosa que provoca. Las materias fecales son modificadas en su forma y calibre: son, ora bolas caprinas, que uno de nuestros enfermos comparaba con las piñas de ciprés, ora materias laminadas, acintadas. La S ilíaca, incompletamente evacuada, está llena de masas acumuladas que se pueden percibir palpando la fosa ilíaca. A pesar de los enemas, estas evacuaciones son incompletas, y con ayuda de la rectitis, los enfermos, atormentados por los tenesmos, se presentan diez, quince, veinte veces y más en el retrete; lo más á menudo sólo expulsan, y á costa de fuertes pujos, flemas fétidas y sanguinolentas.

Pueden establecerse períodos de constipación de diez y quince días, durante los cuales continúan filtrando los gases. Pero esta obstrucción, y con mayor motivo la oclusión verdadera, con supresión de los gases, son raras en el cáncer rectal, aun en el macizo. Un enfermo, en el que el dedo penetra con trabajo en un conducto estrechado y tortuoso, no presenta signo alguno de obstrucción, antes bien presenta diarrea: esto se debe á que el proceso de ulceración excava el tumor, y también, como cree QUÉNU, á que la rectitis concomitante, modificando las condiciones de la secreción y de la contracción intestinal, engendra diarrea.

A esta rectitis son debidas las pérdidas glerosas disenteriformes, á veces purulentas, que, en las formas macizas y ulceradas, se observan fuera de todo esfuerzo de expulsión. Algunos enfermos, experimentando una sensación de plenitud rectal, empujan involuntariamente y dejan escapar ventosidades húmedas. Otros, de esfínter atónico ó invadido, pierden masas glerosas.

sas sanguinolentas que manchan la camisa. En los períodos tardíos es un flujo sanioso abundante, cuya fetidez, mezclada de olor fecal y de icos canceroso, es característica.

Los trastornos generales son variables. Se ha descrito una *forma dispéptica*, en que el enfermo sufre sobre todo trastornos digestivos, inapetencia, alternativas de constipación y de diarrea, en que el enflaquecimiento y la palidez son precoces, forma comparable al cáncer latente del estómago, en que el neoplasma no revela su presencia más que por fenómenos generales.

Ordinariamente, las alternativas del estado general marchan paralelamente á los *progresos de la infiltración neoplásica*, de su *ulceración*, de las *pérdidas hemorrágicas y diarreicas* que resultan y principalmente de la *reabsorción de los productos tóxicos* cuyo origen está en la úlcera rectal. Así, se desarrollan ese enflaquecimiento y esa palidez amarillenta que conducen á una caquexia, á menudo acelerada por la extensión del cáncer á los órganos vecinos, la perforación de la vagina, de la uretra, de la vejiga y la invasión de las vías urinarias, lesiones que se asocian á un proceso de ulceración séptica.

El curso y la duración del cáncer del recto dependen de la forma anatómica, del obstáculo que opone á la circulación intestinal y de las complicaciones intercurrentes. Sabemos, desde que VOLKMANN lo ha establecido, que el cáncer del recto es menos maligno que el cáncer de los tejidos glandulares, afirmación que influyó mucho en Alemania, sobre la extensión que KÖNIG, CZERNY, BILLROTH y KUSTER dieron á la extirpación. Nosotros hemos visto casos que duraron tres y cuatro años: el promedio oscila entre uno y dos años. La muerte sobreviene por intoxicación progresiva debida á los productos reabsorbidos, por inanición ó por uremia; á veces una pleuresía, una neumonía intercurrente, evitan al enfermo ese lento fin.

**Diagnóstico.**—Cuando, especialmente en un hombre que ha pasado de los cuarenta años, se observan *hemorragias* que sobrevienen fuera de toda clase de hemorroides internas y externas, *alternativas de constipación y de diarrea* y una *sensación de peso sacrocoxígea*, con tenesmos, es necesario, sin dejarse ilusionar por la apariencia de una salud conservada, sospechar la posibilidad de un carcinoma rectal. Y en la duda, como la eficacia del tratamiento depende aquí de la precocidad del diagnóstico, es necesario practicar siempre el tacto rectal.

Por medio de este tacto, se apreciará: 1.º la existencia de un nódulo, de una placa ó de una contera; 2.º la extensión de la

ulceración, la forma y el grado de la estrechez rectal; 3.º el espesor de la infiltración de las paredes; 4.º la movilidad del neoplasma de arriba abajo y transversalmente. Deprimiendo fuertemente el periné, se podrá explorar la región de la ampolla y el segmento supraampular; por la palpación bimanual, se reconocerá una masa desarrollada sobre el asa omega; pero, para estos cánceres altos, es necesario introducir toda la mano en el recto, á la manera de SIMON. Explórese también la región inguinal: se podrá encontrar en ella, especialmente en los cánceres anorrectales, ganglios duros que á veces, gracias á una inoculación séptica, se ponen gruesos, reblandecidos, con tendencia á la fluctuación. — Se forman á veces abscesos de la margen del ano con fistulas: los mamelones, blanduzcos y sanguinolentos, que emergen por esos orificios, deben llamar la atención del médico acerca de su naturaleza neoplásica. En los períodos tardíos de infiltración masiva y de ulceración, el diagnóstico se hará fácilmente por la fetidez icorosa de las pérdidas, por la extensión de la infiltración neoplásica y por la caquexia progresiva, con color pajizo de la piel.

**Tratamiento.**—Puede ser: 1.º paliativo, y 2.º curativo. Hasta el año 1885, en que el trabajo de KRASKE imprimió considerable impulso á la cirugía del cáncer del recto, las intervenciones paliativas eran las más habitualmente practicadas: la ablación se limitaba á los cánceres de la zona anorrectal ó del segmento inferior del recto, movibles, no adherentes y sin propagación ganglionar. En la actualidad, las indicaciones de las operaciones radicales se extienden hasta los neoplasmas de las partes altas del recto: la tesis de FINET, el informe de QUÉNU y HARTMANN, lo mismo que el de KRÖNLEIN, son documentos de gran valor por lo que á este asunto se refiere. El establecimiento previo de un ano artificial, la extirpación del recto por completo y sin abertura del mismo han mejorado notablemente la *seguridad* de estas intervenciones; de todos modos resulta aún algo elevada la cifra de la mortalidad consecutiva. Es un dato curioso y que merece consignarse el de que esa cifra ha aumentado en estos últimos años, probablemente porque hemos ensanchado los límites de la operabilidad: diremos en prueba de ello que KUPFERLE, resumiendo las operaciones de CZERNY, señala una mortalidad operatoria de 5 por 100 durante el decenio de 1877-1887 y de cerca de 14 por 100 durante el período 1888-1902; WOLFF, refiriéndose á la clínica de BERGMANN, afirma que en esta clase de intervenciones resultó una mortalidad de 11 por 100 en los años 1883 á 1888 y de 32 por 100 en el período de

1888 á 1900. — No están todavía de acuerdo los clínicos acerca de la *eficacia* de estas operaciones: digamos, empero, que KRÖNLEIN, en 1900, en una estadística que comprende 640 intervenciones quirúrgicas motivadas por cánceres del recto, fija en una proporción del 15 por 100 el número de operados cuya curación se sostenía después del tercer año de la intervención cruenta.

1.º INTERVENCIONES RADICALES. — Se pueden extirpar los tumores rectales por tres vías: 1.º la vía perineal; 2.º la vía sacra; 3.º la vía abdominal ó abdominoperineal.

La *vía perineal*, inaugurada, digámoslo así, por LISFRANC, en 1826, permite escindir, no solamente los cánceres anoampulares, sino también resecar 12 ó 14 centímetros de recto y extirpar cánceres ampulares. Para esto, el cirujano se ayuda con una incisión liberatriz anocoxígea, ya recomendada por DENONVILLIERS, y con la resección del coxis preconizada por VERNEUIL. El procedimiento de KOCHER es una combinación de la incisión de DENONVILLIERS y de la escisión coxígea de VERNEUIL. QUÉNU ha realizado un progreso importante reglamentando la *dissección prerrectal* del intestino, lo cual permite desprenderlo de la próstata y hacerlo bajar.

El 11 de Abril de 1885, KRASKE preconizó, para abrirse campo sobre el recto, la resección parcial del sacro. El sacro sólo debe ser escindido hasta debajo de la tercera vértebra sacra, de modo que se respete el plexo sacro. La *vía sacra*, operación de KRASKE, parece constituir la intervención de elección para los cánceres de la ampolla, cánceres medios, por dejar intacta la región esfinteriana y permitir, por consiguiente, respetar esta región y suturar el segmento superior con el segmento esfinteriano, previa la resección del tumor. Sin embargo, en la actualidad se observa cierta tendencia á abandonar esta sutura de los dos segmentos rectales, á causa de sus fracasos y de la impotencia del aparato esfinteriano, enervado ó privado de sus inserciones fijas.

La *vía abdominal ó abdominoperineal*, que iniciaron CZERNY, GAUDIER y CHALOT y precisada más tarde por QUÉNU, conviene á los cánceres altos, sigmoideos ó rectosigmoideos. Generalmente, la intervención va precedida del establecimiento de un ano artificial, circunstancia que disminuye los peligros de infección, ligados á la extirpación del cáncer del recto. Otro precepto de gran interés en esta clase de intervenciones, consiste en ocluir el ano con una seda apretada en forma de cordón de bolsa y en extirpar el recto canceroso como se quita un quiste de contenido séptico, lo cual es muy importante por razón de la

persistencia de la infección rectal. Gracias á una incisión en la región iliaca, el asa omega es atraída fuera del vientre y seccionada entre dos ligaduras; sobre su segmento superior se colocará el ano contranatural, el trozo inferior es liberado por la sección progresiva de su mesenterio; por el periné se termina la extirpación de este tronco.

2.º INTERVENCIÓN PALIATIVA. — Las contraindicaciones á las operaciones radicales dependen de la extensión del neoplasma fuera de las tunicas del recto, de la pérdida de su



Fig. 217

Ano iliaco de MAYDL-RECLUS

El colon iliaco ha sido atraído al exterior y fijado por una bujía de goma que atraviesa su inserción mesentérica.

movilidad y de sus adherencias con los órganos de la pelvis menor, y particularmente con la vejiga urinaria. Es preciso entonces recurrir al paliativo por excelencia, al ano contranatural que calma los dolores, deriva las materias fecales é impide el envenenamiento por la estancación de las mismas. Este ano debe abrirse en la región iliaca; el ano lumbar está abandonado. Se puede practicar en uno y en dos tiempos. En el primer caso, á través de una incisión comparable

á la de la ligadura de la iliaca externa, la S iliaca, reconocible por sus apéndices grasosos, por sus fajas musculares longitudinales y por su tono grisáceo, es atraída fuera de la herida de modo que los dos cabos del asa queden adheridos en forma de cañones de fusil y formen un espolón saliente que impida á las materias fecales penetrar en el segmento inferior; se fija el asa mediante una corona de suturas al peritoneo parietal y se abre con el termocauterio. En el procedimiento en dos tiempos de MAYDL-RECLUS se fija el asa al exterior mediante una bujía de goma que pasa á través del mesocolon; no se abre hasta pasados cinco ó seis días, cuando las adherencias entre el peritoneo y el intestino son sólidas.

## NOVENA PARTE

### AFECCIONES DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL

---

I. DATOS EMBRIOLÓGICOS. — En el hombre, lo mismo que en todos los vertebrados alantoideos, la vesícula umbilical tiene en la vida embrionaria un papel puramente transitorio. En el embrión humano de muy poca edad, de quince á veinte días (COSTE), dicha vesícula se presenta como una dependencia del conducto intestinal, ó mejor dicho, del canal intestinal, con el que comunica al principio muy ampliamente; su volumen es entonces considerable, pues llega á igualar, y aun á veces á sobrepasar, al del embrión. Más adelante, en el curso del desarrollo, el canal intestinal se cierra, formando un conducto completo; el pedículo de la vesícula umbilical se alarga y se estrecha al mismo tiempo, formando uno de los elementos del cordón, al paso que la vesícula propiamente dicha disminuye considerablemente de volumen y se ve rechazada poco á poco lejos del embrión, quedando adosada al corion, en la periferia de la placenta.

El conducto vitelino, llamado también conducto onfalomesentérico, va acompañado por los vasos onfalomesentéricos, que luego se ramifican en las paredes de la vesícula umbilical. El asa del intestino sobre la cual se implanta el conducto á que acabamos de referirnos, en el embrión recibe el nombre de asa vitelina. Hasta el tercer mes de la vida embrionaria el asa vitelina forma una prominencia bastante considerable en el cordón umbilical, sobresaliendo del abdomen. No obstante, durante el transcurso del tercer mes, á consecuencia de completarse el desarrollo de las paredes ventrales y de constituirse el ombligo

definitivamente, el asa vitelina reingresa en la cavidad abdominal, que luego queda cerrada. Este movimiento de retracción lleva aparejado, al parecer, el estiramiento y la rotura del conducto vitelino, que entonces es reabsorbido rápidamente (ALLEN). En cuanto á los vasos onfalomesentéricos desaparecen también poco después.

Según RUGE, dista mucho de ser un hecho excepcional la persistencia de vestigios onfalomesentéricos en el cuerpo del recién nacido: se presentan bajo la forma de filamentos flotantes, con sus extremos redondeados y se pueden encontrar sea junto al mesenterio, sea cerca del ombligo: parece que con frecuencia han sido considerados como bridas accidentales, de origen inflamatorio. Según KÖLLIKER, «se ignora en absoluto si el conducto vitelino persiste en el cordón umbilical del feto de término». Según TOURNEUX, el conducto vitelino se oblitera del día treinta y cinco al cuarenta y cinco, y luego sus elementos se disgregan, dejando únicamente insignificantes vestigios de su pasada existencia, escalonados de distancia en distancia á lo largo del cordón umbilical. Importa no olvidar la persistencia de tales vestigios en el cordón y la posible inclusión en la cicatriz umbilical de restos epiteliales de origen endodérmico, residuos ó vestigios del conducto vitelino.

En resumen puede afirmarse que, normalmente y en la inmensa mayoría de los casos, el examen macroscópico no permite descubrir en el feto de término ningún otro vestigio onfalomesentérico que no sea la vesícula umbilical, que se encuentra casi constantemente en la periferia de la placenta (SCHULTZE).

II. ANOMALÍAS EN LA INVOLUCIÓN DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO. — Puede, sin embargo, darse el caso de que la involución del conducto onfalomesentérico no sea completa y que en consecuencia persistan algunas de sus partes, las cuales en lo sucesivo tomarán un desarrollo paralelo al del feto: puede esa involución ser atípica ó irregular y hasta puede, por último, ser excesiva, como ha demostrado BLAND-SUTTON.

En la monografía que, en colaboración con V. RICHE, hemos publicado acerca de la patología del divertículo de Meckel y que resumimos, en cierto modo, en el presente capítulo, hemos propuesto la clasificación anatómica siguiente, en la cual, imitando el ejemplo de BLAND-SUTTON, dividimos las anomalías de regresión del sistema vitelino en dos grupos principales: anomalías por regresión deficiente y anomalías por regresión excesiva.