

CAPÍTULO XI

OPERACIONES EN EL ANO Y EL RECTO

Asepsia y antisepsia preoperatorias del ano y del recto

La desinfección del ano y del recto requiere en primer término la del tubo digestivo entero con ayuda del régimen lácteo o de la dieta hidrica, de los anti-sépticos intestinales y de los purgantes repetidos, conforme hemos descrito en la página 798.

Se completa más especialmente la desinfección de la parte con los grandes lavados del recto y del intestino grueso hechos por medio de una larga cánula (fig. 1048), con agua hervida, suero artificial, una disolución de permanganato potásico al 1 por 1000 o 1 por 2000; con irrigaciones rectales con agua oxigenada mediada con agua hervida; con instilaciones de nitrato de plata, y, por último, con tópicos intrarrectales de ictiol (Quénu).

Estos cuidados preparatorios se repetirán durante varios días. La víspera de la intervención se estreñirá al enfermo con ayuda del extracto tebaico (0'10 centigramos por día, en píldoras de 0'01 centigramos). La mañana de la operación y temprano, se procederá a un último lavado del recto, seguido de una desecación lo más completa posible y luego a una limpieza de la región anoperineal.

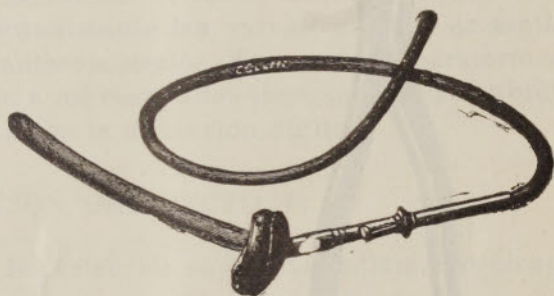


Fig. 1048. — Cánula para irrigaciones rectales

I. — DILATACIÓN DEL ANO

(Operación de Recamier)

1.º **Anestesia.** — Es indispensable, y puede ser general o local.

a. La anestesia general debe ser completa, para evitar los accidentes de síncope reflejo. Pero como la operación dura poco, se puede emplear ventajosamente el cloruro o el bromuro de etilo.

b. La anestesia local se practica por medio de la estovaina (disolución al 1 por 200) o de la cocaína con igual valoración.

Comprende tres tiempos:

1.º *Anestesia de la mucosa.* — Por medio de unas pinzas hemostáticas se introducen suavemente en el ano y el trayecto esfinteriano, desplegados por tracción, tres o cuatro torundas pequeñas de algodón empapadas en estovaina y de volumen creciente, la primera como un guisante y la última como una avellana.

2.º *Anestesia de la piel.* — Con una jeringa de Pravaz se circunda el ano de un rastro estovainico, a 1 centímetro aproximadamente de la margen. Bastan cuatro jeringas, una para cada cuarto de circunferencia.

3.º *Anestesia del esfinter.* — Se pincha con un golpe seco la margen del ano, se hunde la aguja en el espesor del esfinter y se inyecta una jeringa o media de estovaina en seis puntos opuestos del anillo esfinteriano.

Se dejan pasar cinco minutos; la región queda entonces completamente anestesiada.

2.º **Operación.** — Puede ser digital o instrumental. Esta última se practica con el espéculo de Trélat o el de Nicaise (figs. 1049 y 1050).

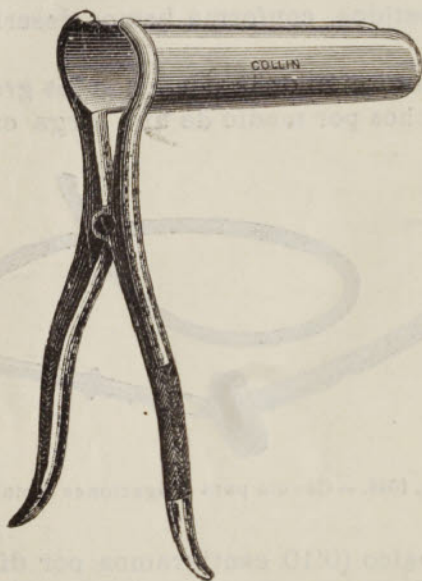


Fig. 1049. — Espéculo rectal bivalvo de Trélat

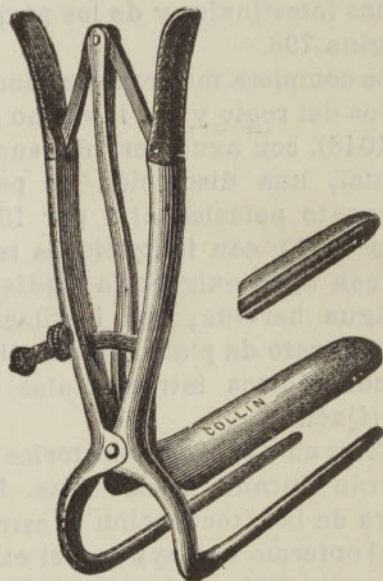


Fig. 1050. — Espéculo rectal trivalvo de Nicaise

a. *Dilatación digital.* — Se coloca al paciente en posición ginecológica. Los dos índices se untan bien con vaselina o con aceite aséptico; se les introduce en el ano y el recto uno tras otro, dorso con dorso, y luego se les separa transversalmente hacia los isquiones, después de haberlos encorvado a manera de ganchos sobre la cara correspondiente del esfinter. Cuando la dilatación parece ser suficiente para el paso de los pulgares, se reemplazan los índices por ellos (fig. 1051) y se reanuda la dilatación, esta vez primero de través, hasta el contacto con los isquiones, y luego en sentido anteroposterior, *en la misma longitud.*

Durante estas maniobras, sobre todo hacia el fin, el recto tiende a formar hernia, y la fisura, ensanchándose más y más, se agrieta, se desgarra, sangra un poco; no debe el principiante asustarse por ese aspecto; el recto nunca sale y se reduce muy pronto, la fisura cicatriza rápidamente por sí misma o con

algunas pulgaradas de yodoformo, y en algunos días el ano, primero horrorosamente abierto, ha recobrado sus dimensiones y su tonicidad normales. *Nunca se observa incontinencia, y los dolores, tan característicos de la fisura, han desaparecido del todo desde la sesión misma de dilatación forzada.*

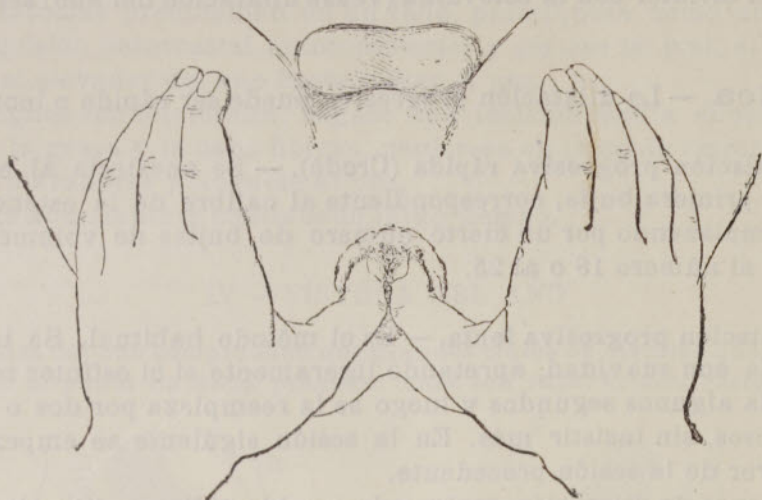


Fig. 1051.—Dilatación digital del ano

b. Dilatación instrumental. — Después de haber untado el espéculo con vaselina, se le introduce hasta más arriba del esfínter, hasta la altura de la ampolla rectal; luego se separan gradualmente las valvas, primero en sentido transversal y después en sentido anteroposterior. El manual operatorio es, pues, de los más sencillos. En cuanto a los resultados terapéuticos, son absolutamente los mismos que los obtenidos con la dilatación digital.

II. — DILATACIÓN DEL RECTO (1)

Se aplica a la cura paliativa de las estenosis anorrectales llamadas cicatriciales.

La dilatación puede ser: *brusca y extemporánea*, método peligroso, hoy proscrito, o bien *progresiva*, la única actualmente empleada.



Fig. 1052.—Bujía de Hegar

Se practica con el auxilio de las bujías de Hegar (fig. 1052), de goma endurecida o de metal, de forma cilindrocónica, ligeramente encorvadas como el recto y graduadas por milímetros.

Cuidados preliminares. — Son de primera importancia y comprenden la antisepsia y la anestesia.

La antisepsia se obtendrá por medio del régimen lácteo, de purgantes y de enemas repetidos. Antes de cada sesión, se desembaraza al recto de sus secreciones por medio de un abundante lavado con agua boricada muy caliente (55°)

(1) Consúltese Lapointe, th. de París, 1897.

o con permanganato potásico muy diluído (1 por 5000). Por otra parte, cada sesión irá seguida de un lavado semejante y se mantendrá el estreñimiento durante algunos días.

La anestesia general será excepcional y la insensibilización local de la mucosa y del esfínter con la estovaína (véase dilatación del ano) será suficiente y preferible.

Técnica. — La dilatación progresiva puede ser rápida o lenta.

a. Dilatación progresiva rápida (Credé). — Se anestesia al enfermo. Se introduce la primera bujía, correspondiente al calibre de la estenosis y luego se la va reemplazando por un cierto número de bujías de volumen creciente hasta llegar al número 18 o al 25.

b. Dilatación progresiva lenta. — Es el método habitual. Se introduce la primera bujía con suavidad, apretando ligeramente si el esfínter resiste. Se la deja colocada algunos segundos y luego se la reemplaza por dos o tres números más gruesos, sin insistir más. En la sesión siguiente se empezará por el número mayor de la sesión precedente.

Las sesiones de dilatación serán primero bicotidianas (Credé), cotidianas (Lapointe) o más separadas, según la posibilidad o la tolerancia del enfermo. Cuando se haya alcanzado el número 25, bastará una sesión semanal para mantener el resultado adquirido; pero el enfermo nunca deberá substraerse a ella.

Cuando existen fenómenos febriles, se podrá, en el intervalo de las sesiones, colocar y dejar permanente un tubo de caucho, de dimensiones convenientes para asegurar el desagüe permanente del recto (Segond, Werkmeister).

III. — ABSCESOS PERIANALES Y PERIRRECTALES

1.º Absceso de la margen del ano. (Absceso subcutáneomucoso.) — Anestesia local con la estovaína-adrenalina o general con el cloruro de etilo. Enfermo en posición lateral, acostado sobre la nalga del lado enfermo, muslo correspondiente alargado, el otro en flexión, o mucho mejor en posición de la talla, con la pelvis elevada sobre una almohada.

En el punto más saliente, incisión con el bisturí, siguiendo la dirección de uno de los pliegues radiados del ano. Por el ojal introdúzcase una sonda, empújese el pico hasta el fondo del absceso, de un golpe seco rómpase hacia el recto la pared de ese absceso, hágase salir el pico por el ano y seccionese francamente toda la porción cutáneomucosa cargada sobre la sonda.

Ábrase ampliamente y déjese curar la herida por granulación, interponiendo una mecha de gasa entre los labios de la solución de continuidad.

2.º Absceso de la fosa isquiorrectal. — Anestesia general. Enfermo en posición de la talla.

Incisión de 8 a 10 centímetros, anteroposterior o algo oblicua, pasando por el centro de la tumefacción. Córtese la piel y el tejido celular engrosado hasta el absceso. Ábrase muy ampliamente. Ábranse de modo análogo los divertículos reconocidos con el dedo o con la sonda: hacia el ano, seccionando el puente cutáneomucoso, hacia la pelvis, ensanchando con el dedo o con una sonda.

Colóquense uno o dos gruesos tubos de desagüe que se calan con mechas, después de lavar con agua oxigenada.

3.º Absceso del espacio pelvirrectal superior.—Anestesia general. Enfermo en posición de la talla.

Si los síntomas predominan en un lado, practíquese como anteriormente una larga incisión pararrectal anteroposterior y córtese la piel, el tejido celular y luego el elevador del ano hasta llegar al pus.

Si los signos son bilaterales, hágase una incisión media anocoxígea. Córtese la piel, la grasa y la capa fibrosa, péntrase en la celda retrorrectal, pásese entre los elevadores y lléguese al pus.

Desagüe abundante y continuado largo tiempo.

IV. — FÍSTULA DEL ANO

Las fistulas del ano comprenden dos grandes clases de fistulas que importa distinguir desde el punto de vista práctico: unas son *superficiales*, residen debajo de

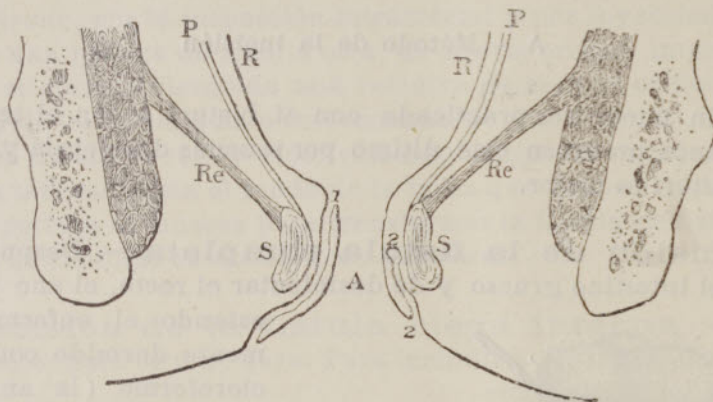


Fig. 1053. — Disposición de las fistulas anales superficiales (sección transversal de la pelvis)

R, R, recto; A, ano; S, esfínter; Re, elevador del ano; 1, 1, fistula completa subcutáneomucosa
2, 2, fistula ciega externa subcutánea

la piel o de la mucosa del ano, *siempre por abajo o por dentro del esfínter* y son *completas o ciegas* (fig. 1053); las otras son *profundas*, atraviesan el hueco isquic-

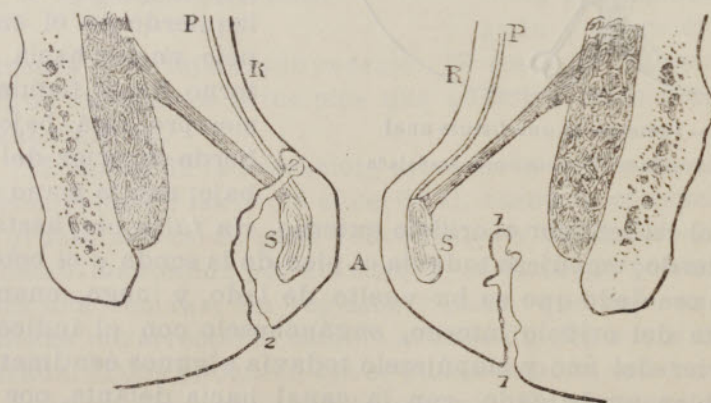


Fig. 1054. — Disposición de las fistulas anales profundas (sección transversal de la pelvis)

R, R, recto; A, ano; S, esfínter; 1, 1, fistula isquiorrectal; 2, 2, fistula pelvirrectal

rectal y allí se detienen o bien se elevan todavía más a través del elevador del ano hasta el tejido subperitoneal de la pelvis menor, pero en ambos casos su trayecto se

encuentra *por fuera del esfínter* (fig. 1054). Las fistulas superficiales, llamadas también *subtegumentarias*, son con mucho las más comunes, y entre las otras la variedad pélvica es la más rara.

§ 1. — OPERACIÓN EN LAS FÍSTULAS SUPERFICIALES

La operación consiste hoy en el empleo de dos métodos absolutamente opuestos: en el uno, *método de la incisión*, el más antiguo, se abre anchamente la fístula sobre su trayecto principal y sobre los trayectos accesorios, se la cura de plano y se la abandona a la reunión secundaria por granulación; en el otro, *método de la sutura*, se escinde a fondo todo el trayecto fistuloso y se reunen por primera intención, sin desague, los dos bordes de la nueva herida.

Este método, particularmente recomendado por Quénu y P. Delbet, tiene todas las ventajas de la reunión inmediata, sobre todo la de una curación rápida (en ocho o diez días). Sin embargo, no ha podido todavía extenderse en la práctica general, donde se prefiere la *incisión*.

A. — Método de la incisión

La incisión puede ser practicada con el bisturí o con el termocauterío. Algunos cirujanos prefieren este último por razones de asepsia y de hemostasia. Pero el bisturí es mejor.

1.º Incisión de la fístula completa. — Después de haber vaciado bien el intestino grueso y de desinfectar el recto, el ano y el periné—

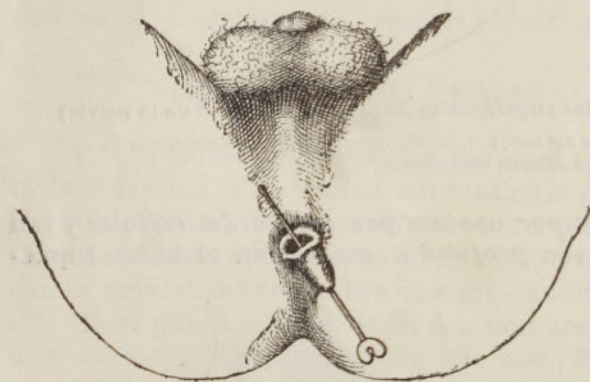


Fig. 1055. — Incisión de una fístula anal
La fístula está cargada sobre una sonda acanalada

estando el enfermo profundamente dormido con el éter o el cloroformo (la anestesia local puede ser a veces preferible), teniéndolo colocado en la posición de la talla en el extremo de una mesa,—empíese por la dilatación del ano; déjese o introdúzcase el extremo del índice izquierdo en el ano con el pulpejo vuelto hacia el orificio interno de la fístula, orificio que siempre está bajo, a nivel del borde superior del esfínter o debajo; con la mano derecha pásese la sonda o el estilete por el orificio externo, *sin falsa vía*, hasta contacto con el índice izquierdo; empújese todavía el pico de la sonda o el botón del estilete por el lado de ese dedo que se ha vuelto de lado, y luego, cuando ha pasado suficientemente del orificio interno, engáncheselo con el índice, encórveselo hacia el exterior del ano y empújese todavía algunos centímetros hasta que se encuentre bien acabalgado, con la canal hacia delante, por encima de la margen opuesta del ano. Así se encuentra *cargada* la fístula en forma de un puente más o menos grueso y largo formado por el tegumento y el tejido subyacente (fig. 1055).

Introdúzcase entonces la punta del bisturí en la canal de la sonda o del

estilete, deslícesela por debajo de la parte externa del puente precitado y divídasele *completamente*, en toda su longitud y en todo su espesor. A veces se observan uno o dos chorros arteriales filiformes que cesan rápidamente por sí mismos o bajo una ligera compresión.

En todo caso, cuando la herida está suficientemente enjuta, mientras se separan los labios con la mano izquierda y con la mano de un ayudante, explórese su trayecto con el estilete, y si se descubre una ramificación, un recodo o un ángulo con fondo de saco, un despegamiento de la piel o de la mucosa, híendanse a su vez con el bisturí o de un tijeretazo.

Finalmente, ráspese a fondo *toda* la fístula con la cucharilla cortante y, si se quiere, para mayor seguridad, contra una reunión demasiado presurosa, tóquense ligeramente las paredes de la brecha con el cauterio Paquelin. Nosotros empleamos de ordinario, para esta cauterización, una disolución de cloruro de cinc al 1 por 10.

2.º Incisión de la fístula ciega externa. — Antes de declarar y sobre todo de tratar como tal una fístula subtegumentaria, es necesario haberse *asegurado*, por la inspección intrarrectal y por inyecciones coloreadas por medio de una jeringa de Anel u otra, de que el orificio interno falta realmente; si no, se corre el riesgo de una recidiva dejando el orificio interno y el fondo de saco de la fístula que le corresponde.

Cuando la fístula es real y efectivamente ciega, se empuja el estilete o la sonda bajo la mucosa hasta el fondo de la bolsa que representa la fístula y *allí solamente* se perfora la mucosa para transformar la fístula en fístula completa. La operación se conduce entonces como para ésta.

3.º Incisión de la fístula ciega interna. — Esta fístula existe realmente, pero es muy rara. Para incidirla, es indispensable la dilatación previa del ano; indispensable es también la aplicación

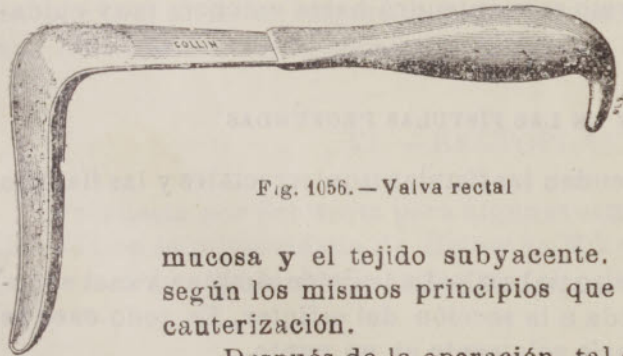


Fig. 1056. — Valva rectal

de una valva sobre la parte anterior del ano y del recto; luego se introduce en el trayecto, de dentro afuera, un estilete convenientemente replegado y sobre él se incide la mucosa y el tejido subyacente. El resto de la operación se hace según los mismos principios que para las otras fístulas: raspado, cauterización.

Después de la operación, tal como la hemos descrito en las tres variedades principales de la fístula superficial, nosotros colocamos en el recto y el ano una gruesa mecha de gasa yodofórmica y cubrimos el periné con un apósito absorbente, mantenido por un vendaje en T; luego prescribimos, por lo menos durante una semana, un régimen líquido que deje un residuo fecal mínimo. La mecha intrarrectal se cambia al cabo de dos o tres días solamente, si es bien tolerada. Hacia el octavo día se puede dejar al enfermo que coma lo que quiera y limitarse al simple apósito perineal. No obstante, es mejor mantener los labios de la herida separados por medio de mechas.

La cicatrización completa de la herida requiere de uno a dos meses.

B. — Método de la sutura (1)

Comprende dos tiempos: la escisión del trayecto fistuloso y su sutura.

a. Escisión. — Previa desinfección cuidadosa del conducto anorrectal, el enfermo anestesiado es colocado en posición ginecológica.

Se dilata el ano y se coloca una torunda de protección en el fondo de la ampolla rectal. La escisión se practica de tres modos: — unas veces se incinde previamente sobre la sonda el trayecto y todos sus divertículos y luego se resecan con cuidado las paredes con las tijeras o con el bisturí, extirpando minuciosamente todas las callosidades e induraciones hasta encontrarse en tejido suave y sano; — otras veces se carga la fistula sobre la sonda acanalada y se la escinde en masa mediante dos cortes de bisturí que la circunscriben reuniéndose en la profundidad como las dos márgenes de un foso (Richet); — y otras se ensarta la fistula sobre la sonda, se incinde ligeramente, para libertarlas, la piel y la mucosa sin interesar la fistula; luego se circunscribe ésta por un trazo circular (Bazy).

b. Sutura. — Debe realizar la confrontación total y perfecta de las superficies cruentas y no dejar ningún espacio muerto, so pena de fracaso. Para esto hay dos medios: las suturas superpuestas utilizables en los trayectos irregularmente anfractuados y las grandes suturas profundas que rodean toda la herida sin atravesarla, como en la perineorrafia. Estas últimas son preferibles. Se las coloca con ayuda de agujas curvas y de una gran valva rectal. La aguja pincha la mucosa o la piel a 3 o 4 milímetros de la herida, camina por el espesor de los tejidos, rodea la herida y vuelve a salir simétricamente. Los hilos, separados de 6 a 8 milímetros, serán catguts o crines. En este último caso se los quitará al octavo día. El enfermo se mantendrá hasta entonces muy cuidadosamente estreñado.

§ 2. — OPERACIÓN EN LAS FÍSTULAS PROFUNDAS

Las fistulas profundas comprenden las fistulas isquiorrectales y las fistulas pelvirrectales superiores (fig. 1054)

1.º Fistulas isquiorrectales. — La incisión simple va casi siempre seguida de incontinencia debida a la sección del esfínter. En todo caso se deberá hacer lo posible para cortarlo solamente en un punto.

Deberá darse la preferencia a la escisión con sutura cuando sea posible, porque el esfínter que había sido preciso incidir queda inmediatamente restaurado.

2.º Fistulas pelvirrectales superiores. — Antes se las trataba por la aplicación del estrangulador lineal de Chassaignac o del enterótomo de Richet.

Es mejor empezar por un ancho desbridamiento del trayecto practicado con ayuda de una incisión lateral, que abra todos los fondos de saco, sin tocar

(1) Consúltese Thévenard, *Arch. gén. de méd.* (1893), pág. 437; Barge, th. de Paris (1900), n.º 128; Arsonneau, th. de Paris (1901), n.º 619.

el intestino. Ante el temor de un fracaso, se aplicará el enterótomo y se restaurará ulteriormente el esfínter por refrescamiento y sutura.

V. — RECTOTOMÍA LINEAL POSTERIOR (1)

La rectotomía lineal es la simple sección del recto en sentido de su longitud. Se practica hacia atrás en la línea media.

Está indicada en las estrecheces y en el cáncer inoperable. En este último caso, la supervivencia que da es apreciable, pero menor que la que se obtiene de la coloproctia (Trélat).

1.º Procedimiento de Verneuil.—Después de haber vaciado y desinfectado el intestino grueso, colocado el paciente en la posición de la talla, introdúzcase el índice izquierdo en el recto hasta una profundidad de 5 centímetros, por ejemplo, teniendo cuidado de volver la cara palmar hacia el coxis.

Puncióñense los tejidos de fuera adentro, en la línea media, debajo de la punta del coxis, con el cuchillo del termocauterio, marchando oblicuamente al encuentro del extremo del índice.

Párese en cuanto el dedo sienta el calor, introdúzcase entonces en el trayecto una gruesa sonda acanalada, acábase de perforar con ella el recto y sáquesela por el ano. Después de haber perforado el recto, se podría con igual ventaja reemplazar la sonda por una valva por medio de la cual se protegería la pared anterior del recto.

Secciónense, finalmente, los tejidos (incluso el esfínter anal) con el termocauterio mantenido al rojo obscuro y dirigido por la canal de la sonda.

2.º Procedimiento de Péan.—Después de haber hendido el recto en la línea media posterior, cójanse en el ángulo superior las túnicas intestinales, aislense, hágaselas bajar y únaselas a la piel por algunas suturas. Así, la sección rectal viene a orlar la sección cutánea.

VI. — RECTOPLASTIA (2)

Propuesta por Schwartz para algunas estrecheces respetando los esfínteres. Calcada en la piloroplastia de Heinecke-Mikulicz. Incisión longitudinal desde la punta del coxis al borde superior del esfínter. Sutura de los labios de esta incisión.

VII. — HEMORROIDES (3)

Se pueden emplear dos métodos contra las hemorroides:

1.º El método modificador que comprende: la ignipuntura, la electrólisis y las inyecciones intersticiales de glicerina fenicada. La técnica de estos diversos procedimientos no necesita ser extensamente precisada.

Para la ignipuntura se hunde en el centro de cada tumor hemorroidal la punta del termo calentada al rojo obscuro.

(1) Jacquinet, th. de Paris (1890), n.º 84.

(2) Schwartz, *Presse médic.* (1894), pág. 301.

(3) Consúltese *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* (1899), págs. 553 y sig.; Véron, th. de Paris (1899).

Para las inyecciones intersticiales se inyectan en cada tumor IV o V gotas de una disolución compuesta de 1 parte de ácido fénico por 3 partes de glicerina y 3 de agua.

2.º El método destructor comprende: la ligadura, la cauterización parcial o en masa, la escisión parcial o total.

§ 1. — LIGADURA

Se ligan en su base los tumores hemorroidales y se abandonan al esfacelo. Procedimiento largo, doloroso, peligroso, abandonado y por lo demás sólo aplicable a los pequeños tumores pediculados. Riedel (de Jena) (1) ha recomendado, sin embargo, recientemente una técnica asimilable a la ligadura. Previa dilatación y con una aguja, hace pasar por debajo de la mucosa una serie de hilos verticales que constriñen los paquetes hemorroidales y por sección lenta acarrean su atrofia.

§ 2. — CAUTERIZACIÓN

1.º *Cauterización parcial* (Routier).— Previa dilatación del ano, cada tumor es cogido con unas pinzas de Museux, pediculizado por tracción, ligado en su base con una seda y luego abierto en cuatro partes como una granada, con el termocauterio.

2.º *Cauterización en masa* (Richet).— La «volatilización» de las hemorroides por medio de las pinzas-cauterio aplastantes, calentadas al rojo oscuro, se halla hoy desechada.

§ 3. — ESCISIÓN

1.º **Escisión parcial.**— Puede ser simple, con ligadura y con sutura.

a. La escisión simple se practica con las tijeras o con el termocauterio. El tumor hemorroidal es pediculizado con ayuda de un clamp y reseca a ras de éste.

Pennigton escinde así con las tijeras curvas los cuatro paquetes hemorroidales, anterior, posterior, derecho e izquierdo, hace la hemostasia por torsión de los vasos que sangran y sin practicar ni ligadura ni sutura, taponar el recto durante cuarenta y ocho horas.

Landstrom (de Estocolmo) dilata el ano, aplasta los paquetes con el angio-tribo, los escinde con las tijeras y coloca un tubo rodeado de gasa para taponar.

b. La escisión con ligadura es practicada por Potherat. Cada tumor es atravesado en su centro con una aguja armada de un hilo de seda, ligado y después escindido simplemente con las tijeras.

c. La escisión con sutura comprende los procedimientos de Reclus y de Monod, difiriendo en que Reclus escinde los rodetes transversalmente y prac-

(1) Riedel (de Jena) XXXIe Congr. de la S. c. Allem. de chir., Abril de 1902.

tica suturas mucocutáneas paralelas a la margen anal, mientras que Monod escinde los rodetes verticalmente y practica suturas mucomucosas paralelas al eje mayor del recto.

1.º *Procedimiento de Reclus* (1).—Previa anestesia general o local y dilatación del ano, cójanse en un lado, a la derecha por ejemplo, los tumores proci-dentes con unas pinzas de Kocher colocadas transversal y paralelamente a la margen anal y seccionense con las tijeras curvas. Extirpense solamente las hemorroides sin tocar el esfínter. Yuxtapónganse piel y mucosa con el auxilio de puntos profundos con catgut. Repítase igual operación a la izquierda.

Se deja delante y detrás de la margen del ano un segmento de piel y de mucosa no escindido que basta para evitar toda retracción cicatricial.

2.º *Procedimiento de Monod* (2).—Previa dilatación, he aquí cómo se procede con cada uno de los principales tumores: unas pinzas de Kocher cogen la mucosa encima del tumor, otras la cogen por debajo cerca de la piel. Se tienden y levantan las dos pinzas formando un pliegue saliente que comprende el tumor que se ha de escindir. La base de ese pliegue es comprimida en un clamp colocado verticalmente y que coge sólo la mucosa. Se pasa un catgut n.º 1 por debajo del extremo del clamp, se secciona con las tijeras la porción correspondiente del pliegue mucoso y se aprieta el hilo. Se coloca un segundo hilo un poco más abajo y se secciona de nuevo. Así se prosigue la sección por planos hasta el nivel de la zona mucocutánea.

Más sencillamente, se puede seccionar de un tizeretazo todo el pliegue a ras del clamp, hacer una sutura a punto por encima, con catgut n.º 1, abrazando el clamp y luego retirar éste progresivamente, mientras se van apretando las espiras de la sutura. Así es escindido y suturado verticalmente cada tumor principal.

Se colocan, si es necesario, algunos hilos hemostáticos suplementarios. No se tocan las hemorroides externas.

2.º Escisión total.—Operación de Whitehead.

a. *Procedimiento de Whitehead Delorme* (3).—Dilatación del esfínter. Incisión circular perianal en los confines de la mucosa y de la piel, sin interesar a ésta para evitar ulteriormente un prolapso mucoso.

Cójase el labio mucoso de la incisión, péntrase en la capa submucosa despegable y sepárese la mucosa de abajo arriba. Reconózcase el borde inferior del esfínter externo, pásese por dentro del esfínter y, despegando la mucosa con el dedo o las tijeras romas atrayéndola suavemente hacia abajo, prosígase el desprendimiento hasta 3 o 4 centímetros más arriba de la zona enferma, a fin de obtener un descenso fácil del manguito mucoso disecado.

Despléguese ese manguito que ha quedado pendiente. En la línea media anterior, incíndase ese manguito de cabo a cabo, ya directamente, ya entre dos clamps paralelos (Delorme). En el vértice de la incisión, colóquese en mucosa sana un punto en U cuya asa abraza ampliamente la mucosa, cuyos cabos atraviesen la piel y se aten sobre ella (Delorme). O bien fíjese simplemente el ángulo de la incisión mucosa a la piel por un punto.

(1) Reclus, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1899), pág. 533.

(2) Monod, *Ibidem.*

(3) Delorme, *Xe Congr. fr. de chir.* (1896), pág. 462.

Repitase igual maniobra en la parte posterior y en medio de las caras laterales del manguito. Éste se encuentra así dividido en cuatro valvas iguales fijadas a la piel por su base.

Se puede entonces seccionar francamente con las tijeras cada una de ellas a ras de la piel y practicar una sutura mucocutánea que asegure su coaptación y su reparto regular en la margen anal. Esta sutura, continua o en puntos separados, se hará con catgut n.º 2.

b. Procedimiento de Quénu (1). — En lugar de resecar sistemáticamente la mucosa, Quénu, cuando está sana en la superficie, se contenta, después de haberla libertado, con «mondarla» por su cara profunda, escindiendo con las tijeras curvas todas las ampollitas venosas que forman relieve, y luego resutura el manguito mucoso a la zona cutánea. Sin embargo, el mismo autor reconoce que este procedimiento no es aplicable a todos los casos y debe ceder el paso al procedimiento de Whitehead.

c. Procedimiento de Potarca (2). — Para facilitar la incisión perianal, la

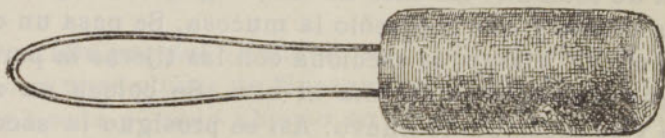


Fig. 1057. — Cilindro de corcho de Potarca

disección y la sutura regular de la mucosa, Potarca recomienda la técnica siguiente:

- 1.º Dilatar el ano con un espéculo.
- 2.º Antes de retirar el espéculo, introducir en el recto un grueso cilindro

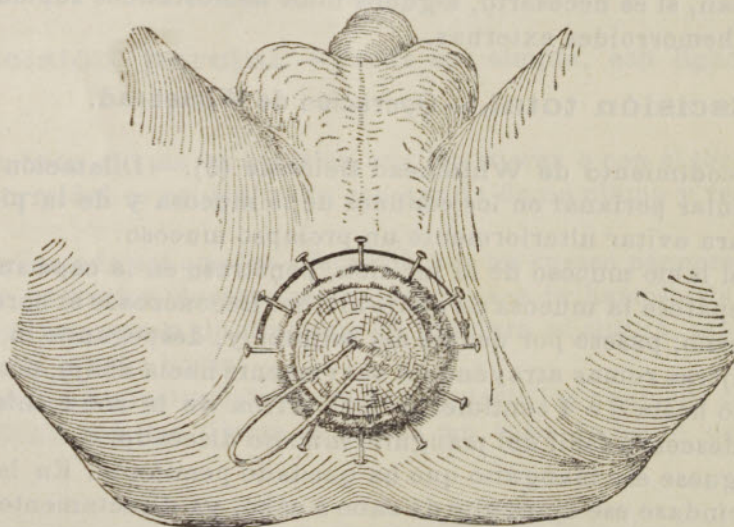


Fig. 1058. — Cura de las hemorroides (Potarca)

El cilindro está colocado, la zona cutáneomucosa fijada con alfileres. Incisión circular de la piel

de corcho, de 8 a 9 centímetros de largo por 3 ½ de diámetro y provisto de un mango de alambre (fig. 1057) o simplemente sostenido con unas buenas pinzas

(1) Quénu, *VIIe Congr. fr. de chir.* (1893), pág. 467.
 (2) Potarca, *Rev. de chir.* (1902), t. XXV, pág. 607.

de Museux. El espéculo se quita mientras se mantiene en buena posición el cilindro y despliega la mucosa anal que se retrae sobre él.

3.º Con ayuda de alfileres finos llamados de Carlsbad, separados 1 centímetro unos de otros y dispuestos formando corona, fíjese sobre el tapón la margen mucotegumentaria.

4.º Tírese del mango del cilindro para poner regularmente tensa la margen, que se incinde circularmente detrás de la corona de alfileres (fig. 1058).

5.º Empújese hacia atrás la margen tegumentaria de la herida y el esfínter anal, en tanto que la mucosa rectal con sus vasos varicosos queda sobre el cilindro.

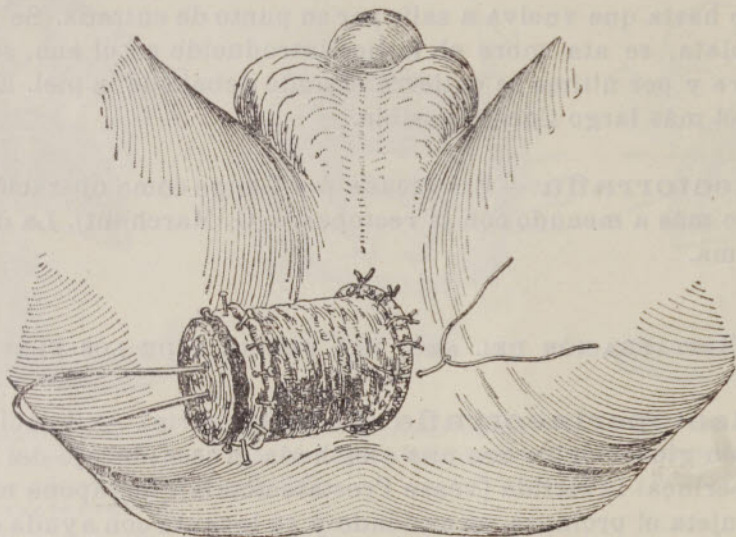


Fig 1059. — Cura de las hemorroides (Potarca). Sutura de los labios de la vaina mucosa central con los bordes cutáneos

6.º Entonces se puede, o bien desbarbar los paquetes varicosos a la manera de Quénu y luego, dejando entrar el cilindro y la mucosa, suturar los labios de la herida mucotegumentaria, o bien, si la mucosa está demasiado alterada, incidirla circularmente en parte sana, suturándola al mismo tiempo a los labios cutáneos (fig. 1059).

VIII. — PROLAPSO DEL RECTO (1)

Los numerosos métodos dirigidos contra el prolapso rectal pueden ser, con Delbet, clasificados en cuatro grupos:

- 1.º Unos se proponen estrechar artificialmente el ano y el recto;
- 2.º Otros restauran el periné y los elevadores;
- 3.º Otros suspenden el recto y el colon pelviano;
- 4.º Y otros, por último, suprimen el intestino descendido.

§ 1. — ESTRECHEZ ARTIFICIAL DEL ANO Y DEL RECTO

1.º **Cauterización ignea.** — Aplicable sobre todo a los prolapso mucosos del niño. En el intestino descendido practíquense cinco o seis rayas de fuego longitudinales que interesen todo el espesor de la mucosa. Redúzcase el tumor y sosténgase un estreñimiento absoluto durante siete u ocho días

(1) Consúltese Lenormant, th. de Paris (1903).

2.º Anorrafia. — La estrechez del ano puede conseguirse de dos modos:

a. Por la escisión cuneiforme de la margen anal, comprendiendo la piel, el esfínter y el tejido perirrectal; los labios de la incisión son luego suturados en dos planos, profundo y superficial (Dieffenbach).

b. Por la ligadura subcutánea del ano (Thiersch). — Previa reducción del prolapso, se introduce a 1 centímetro y medio atrás del ano una aguja curva armada de un sólido alambre de plata; se le hace dar, en dos o tres veces, la vuelta al ano hasta que vuelva a salir por su punto de entrada. Se pone tenso el alambre de plata, se ata sobre el índice introducido en el ano, se corta luego dicho alambre y por último se entierra el nudo debajo de la piel. El hilo se deja permanente el más largo tiempo posible.

3.º Rectorrafia. — Practicada por Lange como operación aislada, se la combina lo más a menudo con la rectopexia (G. Marchant). La describiremos con esta última.

§ 2. — RESTAURACIÓN DEL ANO, DEL PERINÉ Y DE LOS ELEVADORES

1.º Rectoperineorrafia (Duret-Schwartz). — Se coloca al enfermo en posición ginecológica con una almohada gruesa debajo del sacro, o bien en posición perineal invertida (véase Prostatectomía). Se tapona el recto.

a. Se sujeta el prolapso, se extiende y se levanta con ayuda de dos pinzas de Museux. En la cara posterior del recto se circunscribe con el bisturí un colgajo elíptico o triangular de 4 a 6 centímetros de ancho, extendido desde el vértice a la base del prolapso y comprendiendo solamente la mucosa. Ésta es disecada y luego reseca en el área del colgajo y se practica la hemostasia con cuidado.

Se escinde entonces un colgajo cutáneo triangular de vértice coxígeo y de base anal, que se continúa con el extremo del colgajo mucoso.

Análogas escisiones mucosa y cutánea se practican también, aunque menos extensas, en la cara anterior del prolapso y en el periné anterior.

b. Se cubren primero las pérdidas de substancia de la mucosa rectal mediante una sutura doble a punto continuo profundo y luego de puntos separados superficiales.

Se reúnen, por último, las brechas perineales anterior y posterior también por sutura en dos planos profundo y superficial.

2.º Miorrafia de los elevadores (Proust y Duval).

I. — En el hombre (1)

Enfermo en posición perineal invertida.

a. Incisión perirrectal, convexa hacia delante, que reúne las dos tuberosidades isquiáticas y pase a 25 milímetros del ano.

Descúbrase el rafe anobulbar, secciónense las fibras anteriores del esfínter

(1) Para los pormenores más precisos sobre la técnica de esta perinectomía preliminar, véase *Perinectomía y Descubrimiento de la próstata*.

externo y reconózcase la cara inferior de los elevadores. Aíslense sus bordes inferiores a los lados y en medio el músculo rectouretral (fig. 1060).

b. Secciónese este músculo a ras del bulbo, con el bisturí tenido verticalmente. Ábrase así el espacio despegable prerrectal y aíslase el recto hasta el Douglas. Si este fondo de saco descende muy abajo, si hay hidrocele, es decir, hernia perineal, cosa algo frecuente según Ludlow y G. Marchant, trátase ese fondo de saco como un saco herniario: extirpación, previa sutura o ligadura.

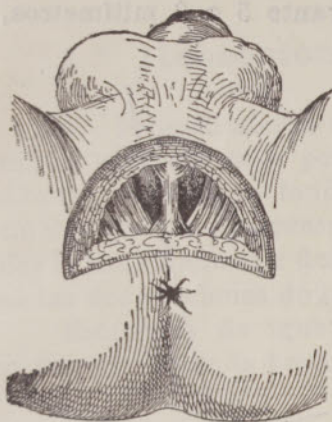


Fig. 1060. — Miorrafia de los elevadores. Descubrimiento de los elevadores y del músculo rectouretral (Guibé).

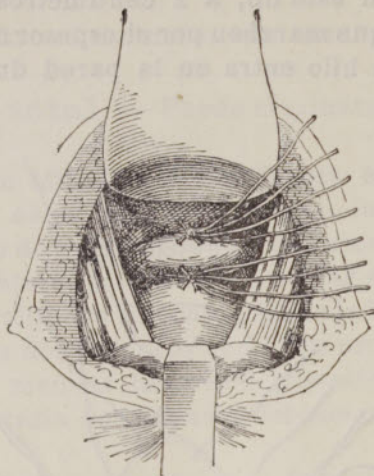


Fig. 1061. — Miorrafia de los elevadores. Plicación del recto (Guibé).

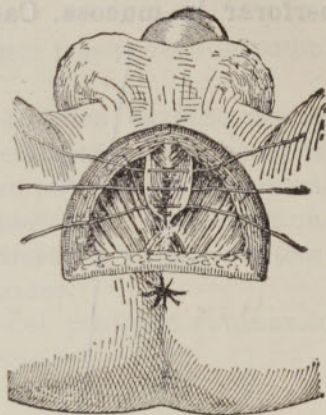


Fig. 1062. — Miorrafia de los elevadores. Sutura de los elevadores (Guibé).

c. Pliégnese la cara anterior del recto como en la rectopexia posterior, por medio de hilos pasados por el intestino sin perforarlo (fig. 1061).

d. Sutúrense los elevadores adosándolos por sus caras internas y luego uniendo sus bordes (fig. 1062).

e. Sutúrense los planos superficiales.

II. — En la mujer

La técnica es análoga. La tirilla rectovaginal será descubierta en la línea media y seccionada a ras de la pared vaginal. El espacio despegable prerrectal será análogamente abierto, el recto plegado y los elevadores suturados por sus caras internas. Pero será ventajoso comprender en los hilos la pared posterior de la vagina, que se elevará fijándola a los músculos.

La incisión cutánea será suturada en línea anteroposterior para aumentar la longitud del periné.

§ 3. — FIJACIÓN DEL RECTO

1.º Rectocoxipexia (G. Marchant) (1). — Es el perfeccionamiento de la rectopexia simple de Verneuil, que no describiremos.

Comprende dos tiempos: la plicatura del recto (rectorrafia) y su fijación al coxis (rectocoxipexia).

a. Enfermo en posición perineal invertida. Si el periné está poco relajado,

(1) G. Marchant, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, pág. 828, y 1900, pág. 427.

limitarse a una incisión perineal media desde el ano a la base del coxis. Si está flácido, trácese, diséquese y reséquese un colgajo cutáneo rómbico con el eje mayor en la línea media.

b. Descúbrase el coxis, denúdeselo en sus caras y en sus bordes y reséquese a nivel de la articulación sacrocoxígea.

Descúbrase entonces y denúdesese la cara posterior del recto.

c. Pliéguese y estréchese el intestino, primero en sentido vertical y luego en sentido transversal. Con este fin, a 2 centímetros de la línea media colóquense tres pisos de hilos que marchen por el espesor de las paredes rectales sin perforar la mucosa. Cada hilo entra en la pared durante 5 o 6 milímetros,

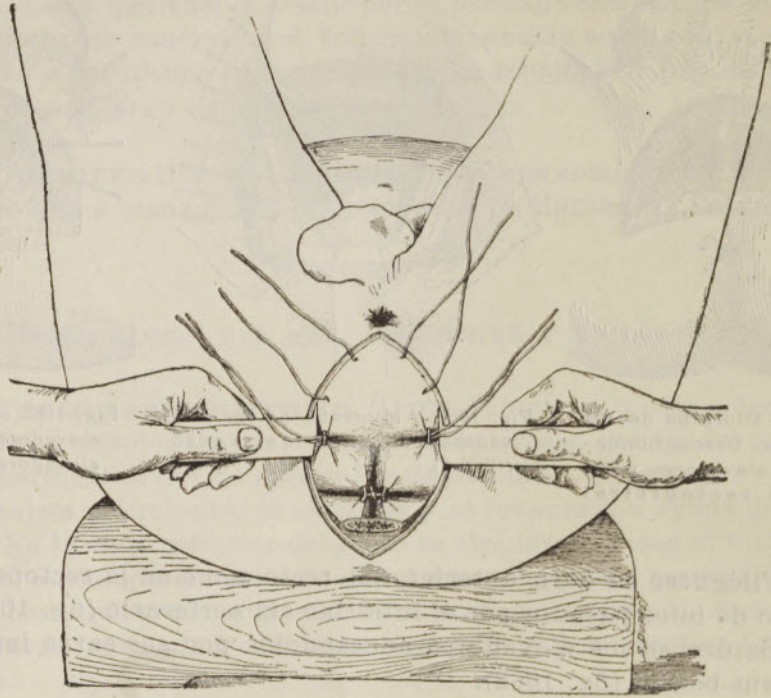


Fig. 1063. — Rectocoxipexia (Gérard-Marchant)

vuelve a salir y vuelve a entrar 1 o 2 centímetros más abajo durante otros 5 milímetros, describiendo, por lo tanto, un trayecto análogo al punto intestinal de Lembert.

Se ata y aprieta cada hilo. El recto se acorta, se pliega en acordeón con pliegues transversales. Se atan entonces unos con otros los cabos de los nudos situados al mismo nivel a cada lado de la línea media, lo cual produce un pliegue vertical que estrecha el recto (fig. 1063).

d. Se fija entonces el recto a los ligamentos sacrociáticos mayores con ayuda de nuevos hilos que atraviesan, de una parte el intestino sin perforarlo, y de otra parte los tejidos fibrosos precoxígeos y el borde inferior de los ligamentos sacrociáticos.

e. Se cierra, por último, la herida suturándola en dos planos, profundo y superficial.

2.º Colopexia (Jeannel) (1). — Es la fijación del colon pelviano a la pared abdominal para suspender al recto en prolapso. Hela aquí en resumen: Incisión ilíaca semejante a la de la coloproccia de Litre (véase pág. 843).

(1) Véase J. Cabanié, Tesis de Toulouse (1897).

Se reconoce el colon pelviano y se le arrastra de abajo hacia arriba hasta que el prolapso reducido desaparezca por completo.

Entonces se fija el colon a la pared: 1.º ya estableciendo un ano iliaco (colopexostomía de Jeannel); 2.º ya atravesando su meso con un tallo rígido según el método de Maydl Reclus, y 3.º ya suturando el mismo colon a los labios de la herida mediante una serie de puntos seromusculares.

§ 4. — RESECCIÓN DEL PROLAPSO

1.º **Resección total.** — Puede efectuarse por tres procedimientos.

a. Procedimiento de Mikulicz. — Secciónese el cilindro externo en su mitad anterior capa por capa, haciendo al paso la hemostasia de la sección. Ábrase, si existe, el fondo de saco peritoneal anterior, empújense las asas intestinales que puedan presentarse y vuélvase a cerrar el peritoneo. Córtese entonces la mitad anterior del cilindro interno, hágase la hemostasia y luego reúnanse las dos secciones de los dos cilindros con hilos profundos.

Escíndase de igual manera la mitad posterior del prolapso, cuidando particularmente la hemostasia de los vasos del mesorrecto.

b. Procedimiento de Segond-Nélaton. — Delante y detrás (Nélaton) o bien en cada lado (Segond) del ano, comprímase el cilindro entre dos clamps largos y secciónese de modo que quede dividido en dos valvas. En la base de cada una de estas dos valvas colóquese otro clamp a ras del ano y divídase las progresivamente, suturando la sección mucosa a la sección cutánea.

Al hacer esto se ha de procurar no herir las asas delgadas que puedan formar procidencia en el fondo de saco peritoneal arrastrado por el prolapso.

c. Procedimiento de Nélaton (1). — Aplicable a los prolapsos muy grandes. Ábrase el vientro, libértese el colon pelviano por sección y hemostasia de su meso (véase más adelante); vuélvase a cerrar el vientro. Reséquese entonces por el ano toda la parte de intestino que quiere bajar.

2.º **Resección de la mucosa** (Delorme-Juvara) (2). — Es la operación de Whitehead aplicada a los prolapsos. Se reseca toda la mucosa del intestino descendido; se sutura la superficie de sección a la piel para suspender el intestino por su mucosa acortada.

a. Circunscríbese el prolapso en su base mediante una incisión circular. Despéguese circularmente la mucosa; descúbrase y respétese el esfínter externo. Prosigase la separación hasta que la mucosa, atraída hacia la piel, parezca suficientemente tensa y tenga tendencia a ascender.

b. Aproxímense y apriétense las fibras musculares del intestino descendido con el auxilio de suturas perdidas que pliegan transversalmente la túnica muscular en forma de un anillo grueso que se empuja hasta más arriba del esfínter, al que se fija por medio de otros hilos.

c. El prolapso es reducido. Se hiende en cuatro partes el manguito mucoso. Se le fija primero por cuatro puntos en U, análogos a los de Whitehead, a fin de impedir la ascensión de la mucosa. Se corta entonces circularmente

(1) Nélaton, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1889, pág. 747, y 1896, pág. 684.

(2) Delorme-Juvara, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1901), pág. 723.

el manguito a ras de la piel y se practica la sutura de coaptación mucocutánea.

El enfermo es inmovilizado, se le envuelven las piernas y sujetan y se le mantiene estreñado durante diez o doce días; no se levanta hasta los veinticinco días.

IX. — DEFORMIDADES CONGÉNITAS O VICIOS DE CONFORMACIÓN DEL ANO Y DEL RECTO

§ 1. — IMPERFORACIONES

Estudiaremos sucesivamente: 1.º la *imperforación del ano*; 2.º la *imperforación del recto*; 3.º la *imperforación anorrectal* (ausencia del ano y del recto), y 4.º la *ausencia parcial o total del colon*.

1.º Imperforación del ano. — Incisión simple y proctoplastia (operación de Amussat). — El conducto anal, que mide normalmente unos 3 centímetros de largo, se halla simplemente cerrado en su parte más inferior por una membrana delgada, a veces papirácea, o bien está obliterado en su mayor parte por un tabique grueso y carnoso; en este último caso, como en el

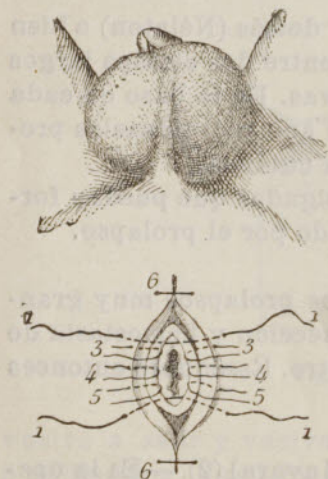


Fig. 1064. — Proctoplastia

1, puntos comisurales mucocutáneos; 3, 4, 5, puntos laterales mucocutáneos; 6, puntos de ángulo cutáneos.

otro, el esfínter existe, cerrado y presto para funcionar. Un golpe de sonda acanalada o de otro modo, puede bastar para romper la delgada membrana de oclusión y permitir la salida del meconio, que la hace abombar, pero la membrana puede resistir y entonces no debe emplearse el trocar, sino el bisturí. Hasta es preferible el bisturí en *todos los casos*. Con él se divide la membrana lo más anchamente posible; apenas saldrán algunas gotas de sangre, y, cuando el meconio se ha evacuado, no es necesaria sutura alguna: la función mantiene el nuevo ano. Tal es la intervención más sencilla.

Pero si se trata de un tabique más grueso, la incisión no es suficiente: se necesita lograr que el resultado de ella sea duradero y permanente mediante la operación de Amussat, la proctoplastia. Adormecido el recién nacido con algunas bocanadas de éter o gotas de cloroformo y acostado luego sobre la espalda, con la pelvis elevada, en el extremo de una mesita, por un ayudante que sostiene al

mismo tiempo los muslos en flexión y convenientemente separados — habiendo sido bien desinfectada la región perineal, — hágase *exactamente en la línea media*, capa por capa, una incisión de unos 3 centímetros de largo, cuyo punto medio corresponda a la depresión, eminencia o cualquier otra disposición que indique el lugar del ano; váyase haciendo al paso la hemostasia con algunas pinzas de Péan o simplemente con compresas de gasa o algodón; el meconio aparece en cuanto la incisión llega a una profundidad de 1 o 2 centímetros. Espérese la evacuación completa del meconio, y, si es necesario, actívesela, ya por presiones sobre el abdomen, ya por irrigaciones de agua esterilizada templada, y luego límpiense otra vez el periné. Diséquese, si conviene, la mucosa rectal para ponerla en contacto con la sección cutánea. Por último,

reúnanse piel y mucosa en el centro de la incisión con crines finas de Florencia, con seda fina o con catgut, de modo que se constituya el ano, y añádanse uno o dos puntos en cada ángulo de la incisión (fig. 1064). Apósito absorbente. Se deja que los puntos anales se caigan por sí solos; se quitan los otros hacia el décimo día.

2.º Imperforación del recto. Proctoplastia primitiva por la vía perineal y proctoplastia por la vía combinada. — El conducto anal existe con su aparato esfinteriano; pero el conducto rectal termina en una extremidad cerrada, llamada *ampolla*, a una altura o, si se quiere, a una profundidad variable, unas veces en el espesor del periné, otras en el peritoneo. Resulta de esta doble situación que, para atraer la ampolla rectal y abrirla en el sitio normal del ano, bastará en unos casos hendir solamente el cuerpo del periné (*método ordinario*), mientras que en otros tendrá que practicarse una verdadera laparotomía perineal (*método de Stromeyer*). Es imposible saber por adelantado, en cada caso particular, hasta qué profundidad será necesario llevar la busca de la ampolla, y por este motivo se *empieza siempre por hacer la perineotomía*, sin perjuicio de penetrar luego en el peritoneo si nada se ve ni se encuentra con el extremo del dedo explorador. De ordinario, por fortuna, la ampolla está baja y al alcance, y nosotros creemos que a menudo entonces se llega a abrir el peritoneo sin sospecharlo.

He aquí la manera general de preparar y de conducir la operación, que deberá siempre ser lo más metódica posible:

1.º caso: *Se consigue descubrir la ampolla y hacerla bajar.* — Después de anestesiar al recién nacido y de instalarlo como hemos dicho precedentemente, bajo una buena luz, y hecha la limpieza del periné y del sacrococix, hágase una incisión media que empiece (Lejars) en la horquilla o en el arranque de las bolsas, previamente levantadas por un ayudante, y que llegue hacia atrás, hasta unos 2 centímetros más allá de la punta del cocix; esta incisión corta por su centro al ano o la depresión que lo representa. Si se trata de un niño, colóquese por precaución, como guía, una sonda en la vejiga; si la operada es una niña, colóquese la sonda en la vagina. Profundícese poco a poco, regularmente, de delante atrás, a través del tejido fibrograsoso, los $\frac{3}{4}$ posteriores de la incisión cutánea, manteniéndose *siempre en la línea media*, guiándose para ello por la hendedura vulvar o por el rafe escrotal; continuando la sección, rodéese el cocix con el bisturí o extirpéselo por algunos tijeretazos, lo mismo da, con tal que se consiga con su desviación o su ablación abrirse paso, porque éste es muy estrecho y aun lo será más luego, sobre todo si los isquiones están más o menos próximos entre sí. A partir de este momento, continúese excavando la trinchera por trazos sucesivos con el bisturí, con el dedo, con la sonda acanalada, *dirigiéndose hacia el vértice y la concavidad del sacro*, donde nada es de temer, y *evitando toda exploración, toda diéresis hacia delante*, donde, por lo demás, la sonda nos indica la presencia de la vejiga o de la vagina. Durante este trabajo de avance, lo más a menudo penoso por falta de espacio, restáñese la herida con cuidado y explórese con la vista y con el dedo para reconocer la ampolla. Generalmente se la encuentra a una profundidad de 5 centímetros en forma de bolsa lisa, redondeada, negruzca, tensa o fluctuante. Otras veces, para encontrarla, es necesario, siguiendo siempre la línea media del sacro, romper el peritoneo parietal que la tapiza, ya con el extremo del dedo, ya con un instrumento romo encorvado.

En los dos casos, ensánchese mucho el contorno de la brecha por diéresis roma, libérese la ampolla en su circunferencia y luego atraígasela suavemente con dos pinzas dentadas. En cuanto ha llegado a flor de piel, divídase entre las dos pinzas de tracción, déjesela vaciar del meconio, límpiase bien con agua esterilizada templada, reúnanse luego los labios de su incisión con los de la incisión cutánea como ya hemos indicado (fig. 1064) y ciérrense los dos extremos de esta última por una serie de puntos entrecortados. Apósito absorbente y vendaje en T.

Si la ampolla se rompe durante las maniobras de liberación o de descenso, se lava abundantemente el trayecto perineal mientras se ejerce sobre el abdomen una compresión conveniente. Luego es arrastrada y suturada con la piel del ano.

2.º caso: *Se descubre la ampolla, pero no se la puede hacer bajar.* — Esta eventualidad se debe a la estrechez de la brecha perineal o perineoperitoneal, a la insuficiente liberación de la ampolla, a sus dimensiones demasiado considerables. Como la cuestión vital domina sobre toda clase de consideraciones, se trata ante todo y lo más pronto posible de evacuar la ampolla, y como ésta se halla al alcance de la vista y de la mano, naturalmente sobre ella debe ejercerse directamente nuestra acción. En otros términos, se ensancha la brecha, se rompen nuevas adherencias y se abre la ampolla después de haberla amarrado suficientemente con pinzas, practicando la limpieza necesaria del trayecto operatorio. Si a pesar de todo sigue siendo imposible hacerla bajar y que sirva para la constitución regular del conducto anorrectal, se practica acto continuo la laparotomía abdominal, o bien se la deja para el día siguiente, no más tarde, después de haber colocado provisionalmente un grueso tubo de desagüe en el periné y la abertura de la ampolla. Nunca debe practicarse en estos casos el ano de Littré!

3.º caso: *No se descubre la ampolla.* — Se la ha buscado de un modo regular, concienzudamente — «hasta con tenacidad», como lo recomienda Lejars (1), — pero, no obstante, sin agotar las fuerzas del pequeño operado. Éste queda de igual manera condenado a muerte si no se le hace otra cosa, si no se remedia en seguida la retención estercoral. Siguiendo los errores de la tradición, se establecería un ano ilíaco; pero esta operación es a menudo mortal (2 por 3) y deja a los supervivientes un achaque de los más penosos. Una laparotomía abdominal no es hoy más ofensiva y se la puede ejecutar con una celeridad equivalente. Nos permite, además, comprobar el estado de la ampolla, libertarla, bajarla a través del periné y suturarla en posición normal, sin otra huella que una cicatriz abdominal. La consideramos, por consiguiente, como el *método de elección* y hasta como el único método de proctoplastia cuando ésta no es directamente posible por la sola vía perineal según la regla ordinaria. Más adelante insistiremos sobre ello al ocuparnos de la ausencia del recto, indicando el manual operatorio que es el mismo.

Sabemos bien que la colostomía ilíaca, aun sirviendo de expediente momentáneo, nos deja todavía la latitud de abrir ulteriormente la ampolla rectal en el periné y luego de cerrar el ano ilíaco mismo [casos de Lannelongue, de Anders, de Péan, de Lejars (2) y de Kirmisson (3)]. Pero estos últimos resultados, muy

(1) Lejars, *Traité de chirurgie a'urgence*, 4.ª edic. (1904).

(2) Lejars, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, pág. 1163, 21 de Diciembre de 1898.

(3) Kirmisson, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, pág. 1174, 28 de Diciembre de 1898.

útiles de conocer, no nos parece que puedan hacernos modificar, en adelante, nuestra línea regular de conducta.

3.º Imperforación anorrectal. Sigmoidoproccia perineal por la vía combinada (*operación de Macleod Hadra*). — En el caso actual, el ano puede estar *indicado* por una pequeña depresión, una cresta, un ligero fruncimiento de la piel, y su esfínter existe de ordinario. Pero está casi siempre ocluido, o mejor, ausente en toda su extensión o poco menos. El recto mismo falta por completo y en toda su altura, de tal suerte que la ampolla terminal del intestino grueso se encuentra formada por la S iliaca a nivel del estrecho superior de la pelvis o más arriba, en la fosa iliaca izquierda.

Ningún signo nos permite todavía, en la actualidad, diagnosticar esta grave anomalía, por lo menos con probabilidades suficientes, si no con bastante certidumbre, para dirigir nuestra intervención, sin lo cual deberíamos siempre empezar por la laparotomía abdominal, en tanto que nos vemos todavía obligados a tantear primero el periné.

Precisamente a esta anomalía, sobre todo, conviene una nueva operación (1) designada con el nombre de *coloproccia* o de *sigmoidoproccia perineal por la vía combinada*. Consiste, cuando se ha buscado en vano la ampolla rectal por el periné, en abrir el abdomen y en hacer bajar al asa omega a través del suelo pelviano hasta el sitio normal del ano, donde se la sutura.

He aquí el procedimiento de sigmoidostomía perineal, casi en la forma exacta en que Chalot y nosotros mismos lo hemos practicado, cada uno con un éxito feliz.

No habiendo dado la perineotomía resultado alguno, después de haber elevado suficientemente la pelvis al borde de la mesa, mantenidas las piernas en extensión, se hará la laparotomía, no en la línea media, sino sobre la fosa iliaca izquierda, porque es en este lado donde se encuentra *casi siempre* la ampolla terminal del intestino grueso y donde el ano de Littré estaría mejor colocado si este ano llegase a ser de absoluta necesidad. Nosotros recomendamos especialmente una incisión curva (fig. 1065, *ab*) que empieza a un dedo más arriba de la espina izquierda del pubis y se eleva hasta la altura del ombligo, pasando a un dedo por dentro de la espina iliaca anterosuperior izquierda. Mientras se incinde, se cortarán entre ligaduras los vasos epigástricos.

Abierto el peritoneo, mientras un ayudante contendrá las asas intestinales delgadas dentro de la cavidad abdominal por medio de una compresa de gasa y separará el labio derecho de la herida, se buscará el sitio ordinario del asa omega y allí se encontrará (figs. 1066 y 1067) el extremo ampular del intestino grueso, ya enteramente libre y flotante, ya sujeto por un corto pedículo céluo-vascular o una tirilla fibrosa, bien a la cara posterior del útero (como en nuestras enfermitas), bien al lado izquierdo del promontorio o en otro punto cercano, más arriba o más abajo del estrecho superior. Se la reconocerá por su distensión, por su aspecto carnoso, por sus tiras estriadas longitudinales, por su continuidad con el resto del colon. Afirmada su identidad, se la libertará seccionando, si es necesario, su meso entre ligaduras de modo que se obtenga una longitud aproximada de 6 a 7 centímetros, a veces más, según el sitio más o menos elevado

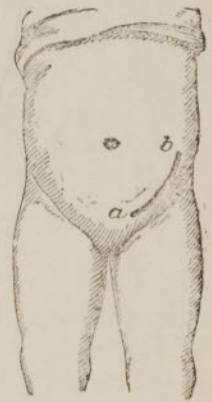


Fig. 1065. — Laparotomía lateral por sigmoidostomía perineal.

ab, incisión

(1) V. Chalot, *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 15 de Abril de 1896, pág. 318.

que ocupa la ampolla (es la distancia normal del promontorio a la punta del coxis en el recién nacido); ahora bien, en los casos de atresia anorrectal, como había ya hecho notar Bodenhamer, la pelvis está poco desarrollada. Si la ampolla está llena de meconio, ante todo habrá que evacuarla; pero, al hacerlo, se evitará contaminar el peritoneo, exteriorizando momentáneamente la ampolla.

Nada más sencillo ahora que trazar la vía del nuevo recto. Bastará llevar el índice derecho de arriba abajo a lo largo de la concavidad del sacro y perforar el fondo de saco seroso que separa la cavidad pelviana del vértice de la

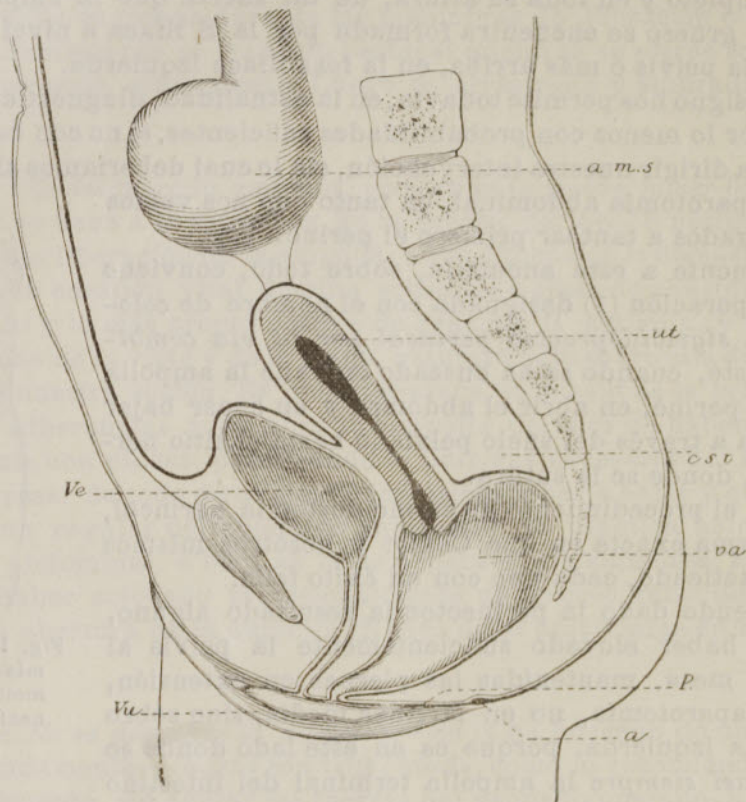


Fig. 1066. — Ausencia congénita del recto (Chalot)

P, periné; a, ano rudimentario; va, vagina; vu, vulva; ut, útero; ve, vejiga; ams, ampolla sigmoidea
c s v, fondo de saco seroso sacrovaginal

herida perineal ya hecha; así es como hemos procedido nosotros en nuestras enfermitas, y debemos declarar que lo hemos conseguido en pocos segundos, sin la menor dificultad.

La perforación puede hacerse con un instrumento romo curvo cualquiera (sonda de hombre, pinzas, despegador, etc.). El índice izquierdo, pasado por la herida perineal por delante del coxis, servirá para la inspección.

Se bajará en seguida la ampolla al nuevo trayecto, ya por medio de una ligadura y de la aguja de Deschamps, ya con unas largas pinzas curvas que se habrán introducido por el periné.

No quedará más que cerrar la herida abdominal y luego coser el cabo intestinal al sitio normal del ano y cerrar el resto de la herida perineal. La figura 1064 nos muestra el nuevo ano después de quitados los puntos de sutura.

4.º Ausencia parcial o total del colon.—Cuando la perineotomía no ha dado resultado y se ha practicado en seguida la laparotomía iliaca

izquierda como antes, y cuando, *por excepción*, no se ha encontrado ampolla en el mismo lado, se explora la mitad derecha del colon y, si es necesario, el resto del intestino. Si la ampolla terminal es entonces bastante movilizable por la sección de su meso, se la abocará con preferencia al periné, en el sitio normal del ano; en caso contrario, no habrá más que la alternativa, o de abrirlo en la pared abdominal o de proceder a una enteroplastia, tomando del fleon un seg-

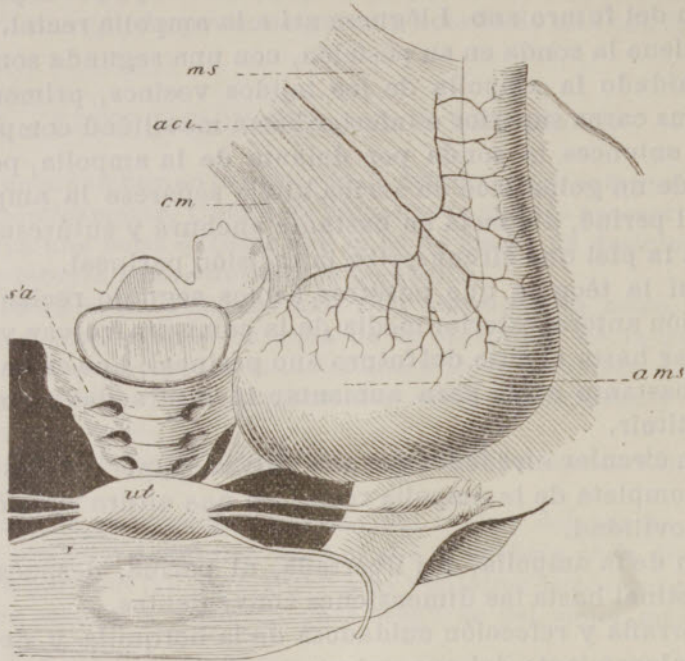


Fig. 1067. — Ausencia congénita del recto (Chalot)

ams, ampolla sigmoidea; ut, útero; aci, arteria cólica izquierda inferior; ms, meso sigmoideo.

mento de intestino bastante largo para unir la ampolla al periné (véase *Exclusión del intestino*, pág. 861). Los casos de estos diversos géneros son tan raros en la práctica, que nos limitamos a estas sumarias indicaciones.

§ 2. — ABOCAMIENTOS ANORMALES (1)

1.º Abocamiento vulvovaginal. — En este caso, el abocamiento anormal se hace siempre muy abajo, ya en la parte inferior de la vagina, ya con más frecuencia en la vulva, inmediatamente debajo del himen.

a. Fijación y abertura del recto en el periné. — Giraldés se contentaba con incidir el periné a nivel del sitio normal del ano, arrastrar el recto a la herida, fijarlo allí y abrirlo. Creaba así un ano perineal, sin tocar al ano vulvar. Pero ocurría demasiado a menudo que el recto, atraído hacia arriba por las adherencias que había conservado con la vagina, se dejaba cortar por los hilos, volvía a ascender y recobraba su primitiva situación. Por otra parte, una segunda intervención era útil para cerrar la fístula rectovaginal.

(1) Consúltese Puech, T. de Montpellier (1890); Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale* (Paris, 1898); Jeannel, *Arch. prov. de chir.* (1898), pág. 290; Vitry, T. de Montpellier (1899).

b. Trasplantación del ano al periné. — Dieffenbach, Nélaton, Rizzoli y Kirmisson disecan la ampolla rectal, la desprenden completamente de las partes vecinas, y, después de libertada, la fijan en la herida perineal, dejando hacia la vulva un orificio que se oblitera espontáneamente. He aquí la técnica de Kirmisson.

Introdúzcase una sonda acanalada en el orificio anormal y hágase sobresalir su punta en el periné. Incíndase este último capa por capa en la línea media y en el sitio del futuro ano. Lléguese así a la ampolla rectal. Mientras un ayudante mantiene la sonda en su posición, con una segunda sonda acanalada aíslese con cuidado la ampolla de los tejidos vecinos, primero por los lados y luego por sus caras superior e inferior hasta movilidad completa.

Pásese entonces la sonda por delante de la ampolla, por encima del ano vulvar, y de un golpe seco de arriba abajo sepárese la ampolla de la vulva. Lévesela al periné, ábrasela en bastante anchura y sutúresela por una corona de puntos a la piel que circunscribe la incisión perineal.

He aquí la técnica que nosotros hemos seguido recientemente con buen éxito: incisión anteroposterior media de la comisura vulvar y del periné, desde el ano vulvar hasta el sitio del futuro ano perineal, que se ha de tener cuidado de colocar bastante atrás para aumentar la altura del periné anterior que se va a reconstituir.

Incisión circular alrededor del ano vulvar, y, por una disección minuciosa, liberación completa de la ampolla rectal en una altura suficiente para obtener una gran movilidad.

Fijación de la ampolla, así libertada, al periné, después de ensanchar el orificio intestinal hasta las dimensiones convenientes.

Perineorrafia y refección cuidadosa de la horquilla y del periné anterior, desde el emplazamiento del ano vulvar suprimido hasta la comisura del nuevo ano perineal.

c. Perineotomía y perineorrafia. — Martin (de Lyón) hace ya mucho tiempo, Forge en 1894 y Jeannel más recientemente, han propuesto hendir deliberadamente todo el periné, desde la vulva al coxis y reconstituir luego la horquilla vulvar por medio de una perineorrafia, después de haber suturado el recto, en buena situación, al ángulo de la herida.

Vicq d'Azyr y Martin hendían sobre una sonda acanalada la comisura vulvar posterior y el periné, hasta cerca del coxis, introducían una cánula en el nuevo ano y suturaban la parte anterior de la herida.

Forge y Jeannel han perfeccionado este procedimiento primitivo del modo siguiente: a pulso o sobre una sonda acanalada, hiéndase de delante atrás el fondo de saco anorrectal y el periné anterior, rebasando ligeramente hacia atrás el sitio normal del ano. Libértese el recto por desprendimiento en una altura de 1 centímetro para arrastrarlo hacia la piel y suturarlo al ángulo posterior de la herida en toda su semicircunferencia posterior. La región ha tomado así el aspecto de un desgarro completo habitual del periné.

Reconstitúyase entonces el periné anterior por desdoblamiento; según el método de Lawson-Tait (véase *Perineorrafia*).

2.º Abocamiento penoescrotal. — El plan operatorio está calado sobre el precedente.

Cateterícese el orificio anormal y hágase penetrar una sonda acanalada en el recto para servir de guía.

Incíndase el periné en la línea media, desde el orificio escrotal hasta el emplazamiento del futuro ano.

Descúbrase, diséquese y libétese la ampolla rectal para llevarla hacia atrás y fijarla al periné en sitio normal.

Extirpación del trayecto anormal, si queda, y reconstitución por sutura del periné anterior.

Kirmisson hace notar, con razón, que en estos casos el esfínter existe siempre y que el nuevo ano queda por consiguiente dotado de una continencia satisfactoria.

X. — EXTIRPACIÓN DEL ANO Y DEL RECTO

Dos principios dominan hoy en la extirpación del recto: quitar muy extensamente el mal y quitarlo asépticamente. Quénu ha demostrado que era necesario extirpar el recto como se extirpa una bolsa quística que se ha de tratar de desinfectar antes y sobre todo respetar integralmente durante la operación.

Numerosos procedimientos antiguos han sido abandonados como insuficientes precisamente desde el doble punto de vista de la exéresis y de la asepsia. Y dos métodos, bien reglados, se anteponen actualmente a todos los demás: el método perineal y el método abdominoperineal. Los métodos sacro, intrarrectal y vaginal conservan indicaciones más raras.

Todos presentan dos variantes principales según que la región esfinteriana está o no invadida por el mal.

En el primer caso, la extirpación completa del recto y del ano se impone, con creación de un ano artificial definitivo, para el que se prefiere cada día más el ano iliaco al ano sacro o perineal (1). Será, pues, muy ventajoso establecer por adelantado un ano iliaco con espolón y dispuesto para asegurar del mejor modo posible la continencia (véase pág. 843).

En el segundo, se puede intentar la conservación del ano con su aparato esfinteriano y buscar la restauración íntegra del conducto anorrectal y de sus funciones. Se deberá, pues, si se recurre al ano preliminar, establecerlo sólo con carácter provisional, por medio de un procedimiento sencillo que facilite la oclusión ulterior. Hasta se podrá prescindir de todo ano preliminar y restaurar inmediatamente el intestino.

Cuidados preliminares. — Son de capital importancia.

a. Desinfección del recto. — Se trata de obtenerla, sin que, por lo demás, se realice nunca completamente, por medio del régimen lácteo absoluto, de anti-sépticos intestinales (benzonaftol, salicilato de bismuto), de purgantes salinos repetidos a pequeñas dosis, de grandes enemas frecuentes (permanganato potásico al 1 por 1000, naftol a 0'20 centímetros cúbicos por 1000, agua oxigenada a 12 volúmenes a la que se añaden 3 partes de agua esterilizada), de instilaciones de nitrato argéntico, de curas con ictiol (Quénu).

b. Ano iliaco preliminar (Pollosson). — Como acabamos de decir, sus indicaciones parecen reducirse a los casos en que el recto debe ser extirpado por vía perineal y en que el esfínter debe ser sacrificado. Sin embargo, es siempre útil para preparar la desinfección del recto y para asegurar el reposo y la asepsia de la herida.

En los métodos bajos (perineal, sacro, vaginal), cuando resulte necesario, se practicará esta primera operación de diez a quince días antes de la inter-

(1) Consúltese R. Abbe, *Annals of Surg.* (1902), pág. 222; Lapeyre, *XVle Congr. franç. de chir.* (1903), pág. 705.

vención principal; se establecerá el ano bastante alto en el colon pelviano para dejar debajo de él una longitud de intestino suficiente para no estorbar el descenso y la extirpación del recto. Se le proveerá de un espolón para asegurar la derivación de las materias. Se aprovechará la incisión abdominal para introducir la mano en el vientre y darse cuenta de la extensión de las lesiones.

En el método abdominoperineal se establecerá el ano contranatural solamente en el curso mismo de la operación.

c. Desecación del recto. — Practicable en todos los casos. La víspera de la operación se coloca un tubo de desagüe en el recto. La mañana misma el intestino es desecado por medio de tiras o torundas de gasa aséptica y es tapado sin apretar.

§ 1. — MÉTODO PERINEAL (1)

Bien reglado por Quénu y Baudet, Berger, Guibé, tiende a reemplazar a todos los demás métodos bajos, porque, con peligros relativamente menores, permite una exéresis muy extensa.

A. — Extirpación completa del ano y del recto

Se puede asimilar por completo su técnica a la de la histerectomía vaginal. El recto, flanqueado hacia delante por el fondo de saco peritoneal y hacia atrás por un tejido celular más o menos laxo, comparables a los repliegues serosos pre y retrouterinos, está, como el útero, sujeto lateralmente por una serie de vínculos asimilables a los ligamentos anchos, por abajo los elevadores con las hemorroidales medias, y representando el piso inferior de los ligamentos anchos con la arteria uterina; por arriba, el mesorrecto y sus vasos, correspondiente al piso superior de esos mismos ligamentos con la arteria tuboovárica.

Prevía incisión circular y liberación del ano (tiempo asimilable a la liberación del cuello), se despegará el recto, por delante, de los órganos génitourinarios, por detrás, de la concavidad sacra (tiempo asimilable al desprendimiento uterino de la vejiga y del recto); se comprimirá con pinzas y se cortará el piso inferior de los ligamentos rectales, elevadores y pedículos de las hemorroidales medias (tiempo asimilable a la sección del piso inferior de los ligamentos anchos uterinos, con compresión de la uterina); — se hará bajar el órgano por tracción y se terminará por la sección del piso superior, mesorrecto (tiempo asimilable a la sección del piso superior de los ligamentos anchos).

En la extirpación completa del ano y del recto el esfínter debe ser sacrificado. En este caso, como un ano perineal es funcionalmente inferior a un ano iliaco y como este último facilita además la desinfección del recto y la asepsia postoperatoria de la región, un ano iliaco preliminar será muy útil. Deberá practicarse unos quince días antes y, si el enfermo lo consiente, establecerlo como definitivo, empleando, para hacerlo lo más continente posible, el procedimiento de Braun o de Lauenstein (véase págs. 844 y 845). Si el enfermo lo rehusa, se puede practicar un ano iliaco temporal sin espolón, que se cerrará ulteriormente, o hasta prescindir de acudir a él.

1.º En el hombre

El enfermo será colocado en posición perineal invertida, con las nalgas muy elevadas y desbordando de un gran almohadón colocado debajo del sacro,

(1) Consúltese Quénu y Baudet, *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.* (1898), pág. 847; Berger, *Bull. et Mem. de la Soc. de chir.* (1901), pág. 198; Guibé, *Chir. de l'abdomen* (París, 1904).

de manera que el periné esté en posición horizontal y mire casi directamente hacia arriba. Acto seguido se vaciará la vejiga y se colocará un grueso catéter en la uretra.

a. Cierre del ano. — Téquese la mucosa con el termo y luego ciérrase el ano por medio de una sutura en forma de bolsa, mediante una seda gruesa que servirá de tractor.

b. Incisión cutánea. — En forma de ϕ . Circular alrededor del ano, a 2 centímetros del margen, rectilínea hacia delante y hacia atrás de él desde la raíz de las bolsas hasta la base del coxis. Incíndase por delante el dartos y el tejido celular laxo hasta la encreujada muscular superficial; a los lados córtese la grasa isquiorrectal hasta los elevadores.

c. Denudación del recto por detrás. — Secciónese el rafe anocoxígeo, despréndanse las inserciones fibromusculares que se fijan sobre los bordes del coxis, denúdense la cara anterior de este hueso y reséquese en su base. Penétrese entonces en la concavidad sacra, y de un golpe con el dedo despéguese rápidamente de la cara anterior del sacro el recto con su vaina fibrosa, sus linfáticos y sus vasos, ascendiendo hasta el promontorio.

d. Denudación del recto por delante. — Conforme han demostrado Hartmann, Quénu y Proust, el segmento anoampular del recto se halla por su cara anterior en estrechas relaciones, superficialmente con el bulbo, profundamente con la próstata. Estos órganos no están solamente yuxtapuestos, sino que se cubren y superponen mutuamente. Así es como el abultamiento bulbar se dirige atrás hacia el ano, en tanto que inversamente la ampolla rectal se insinúa muy adelante entre el bulbo y la próstata formando un codo pronunciado. Entre estos diversos órganos existen: 1.º dos espacios despegables, y 2.º dos medios de unión. De los dos espacios despegables, uno superficial o retrobulbar, reside entre el bulbo y el suelo de la ampolla; el otro, profundo o retroprostático, reside entre la próstata y el techo de la ampolla. De los dos medios de unión, el uno, superficial, es el rafe anobulbar que sujeta el bulbo al ano; el otro, profundo, es el músculo rectouretral de Henle o rafe uretroampular, que sujeta el vértice del codo ampular a la uretra y al pubis. El rafe superficial o anobulbar es la clave del primer espacio despegable o espacio retrobulbar. El rafe profundo o uretroampular es la clave del segundo espacio llamado retroprostático.

Para denudar el recto por delante habrá, pues, que hacer sucesivamente lo siguiente: 1.º cortar el rafe superficial anobulbar, entrar en el espacio despegable retrobulbar y apartar el bulbo hacia delante y el ano hacia atrás, y 2.º cortar el rafe profundo o uretroampular, entrar en el espacio despegable superior retroprostático y separar la próstata hacia delante y la ampolla hacia atrás.



Fig. 1068. — Sección anteroposterior del periné y de la pelvis, que enseña: 1.º el rafe superficial o anobulbar; 2.º el espacio despegable inferior o retrobulbar +++; 3.º el rafe profundo o uretroampular, y 4.º el espacio despegable superior o retroprostático +++ (Proust).

Sección del rafe superficial anobulbar; abertura del espacio despegable inferior.—Dirijase el ano fuertemente hacia atrás para poner tenso el rafe. Cójase este rafe por detrás de la prominencia bulbar, levántesele y córtesele. Inmediatamente el ano se deja separar hacia atrás y el bulbo hacia delante. Rodéese el abultamiento bulbar y penétrese en el espacio despegable retrobulbar. Exagérese la propulsión del bulbo y la retropropulsión del ano. Entonces aparecen dos bordes musculares anteroposteriores, los elevadores del ano, que circunscriben un espacio regular, medio, donde la sonda acanalada aísla muy pronto una tira anteroposterior, el rafe uretroampular, clave del espacio despegable superior (fig. 1069).



Fig. 1069. — Descubrimiento de los elevadores y del músculo rectouretral (Guibé).

Sección del rafe profundo uretroampular; apertura del espacio despegable superior.—Cójase análogamente esta tira, levántesela y córtesela a ras de la uretra, teniendo por guía un catéter y evitando herir la uretra o el recto, cuyo ángulo forma eminencia a ese nivel. El espacio despegable superior interpróstatorrectal queda entonces abierto. El dedo penetra en él y despega fácilmente el recto hasta el Douglas. Este espacio es liso, casi seroso, de fácil separación. Si el dedo experimenta alguna dificultad para separar el recto, si los tejidos son de aspecto muscular y sangran, no se está en el buen plano y hay que dirigirse más hacia delante.

e. Liberación del recto. — El recto es despegado por delante y por detrás. Pero está todavía retenido por: 1.º los elevadores; 2.º las arterias hemorroidales medias y su vaina, y 3.º el peritoneo.

Sección de los elevadores. — Quénu y Berger seccionan primero los haces posteriores y medios desde el segundo tiempo y luego los haces anteriores previa liberación del intestino por delante.

Es más sencillo proceder como hemos dicho. Se carga entonces cada uno de los elevadores con el índice que, de atrás adelante o de delante atrás, despega su cara profunda. Se le comprime con ayuda de un clamp, como un ligamento ancho, y se le corta a 2 o 3 centímetros del recto. Igual maniobra en el lado opuesto (fig. 1070).

Sección de las hemorroidales medias. — Se tira del recto que descende. Entre el pulgar y el índice, se coge en cada lado una brida más o menos gruesa, la arteria y su vaina. Se la secciona entre unas pinzas colocadas por dentro y una ligadura colocada por fuera.

Sección del peritoneo. — Se tira un poco más del recto para hacer bajar el fondo de saco de Douglas (fig. 1071).

Ábrase ese fondo de saco y prolónguese su sección en las partes laterales. Dirijase entonces el recto sucesivamente a la derecha y a la izquierda para poner tensa, comprimir y cortar, entre las pinzas y el recto, cada una de las hojas del meso (fig. 1072). El intestino baja tanto mejor cuanto más cerca de él se cortan esas hojas. Se procede así por escalones, estirando, comprimiendo y

cortando el meso hasta que el intestino haya bajado suficientemente y la parte sana en la que se hará la incisión llegue sin tirantez hasta el ángulo posterior de la herida perineal.

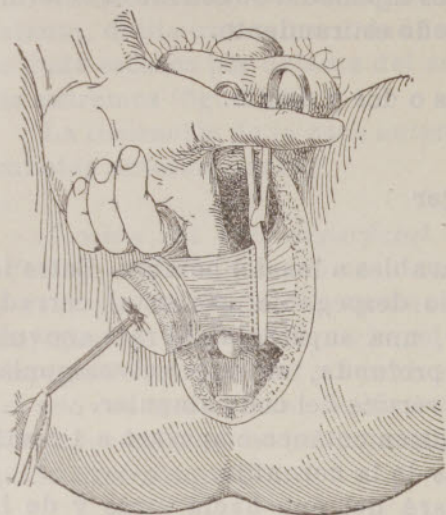


Fig. 1070. — Compresión y sección de los elevadores (Guibé)

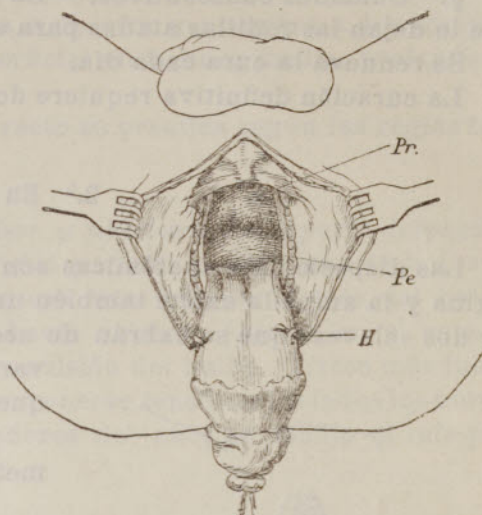


Fig. 1071. — Descenso del recto (Ricard y Launay)
H, hemorroidales medias; Pr, próstata; Pe, fondo de saco peritoneal

f. Cierre de la herida. — Hay que restaurar los diversos planos del periné. Se cierra primero el peritoneo por tres o cuatro puntos en U que adosan el peritoneo parietal al del colon pelviano descendido.

Se restaura luego el telón de los elevadores suturando sus superficies de sección y su aponeurosis por delante y por detrás del colon.

Se tapona entonces provisionalmente la herida y se reseca el intestino en parte sana, ya por un trazo circular, ya después de haberlo hendido a lo largo para asegurarse de que se ha rebasado ampliamente el mal.

Se limpia y se enjuga el intestino. Se hace la hemostasia de la superficie de sección. Si se ha practicado un ano preliminar, se lava el nuevo recto por el ano ilíaco con varios litros de agua oxigenada.

Se tapona entonces la herida y se fija el cabo inferior en el ángulo anterior de la misma por medio de crines o de sedas que atraviesan toda la piel del periné por una parte y todo el espesor de las paredes rectales por otra.

Se sutura por delante y por detrás lo que queda de la brecha cutánea des-

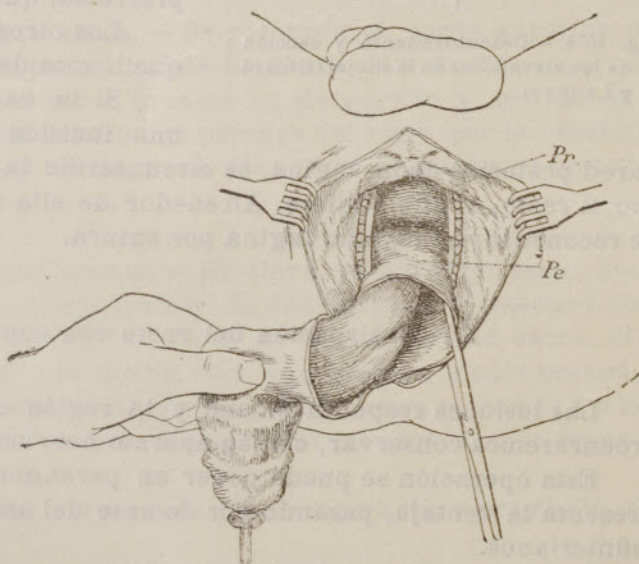


Fig. 1072. — Compresión y sección del mesorrecto (Ricard y Launay)

pués de haber puesto delante y detrás un tubo de desagüe bastante grueso que penetra hasta las zonas de desprendimiento.

g. Cuidados consecutivos. — La herida es taponada. Se estríñe al enfermo y se le dejan las rodillas atadas para evitar todo estiramiento.

Se renueva la cura cada día.

La curación definitiva requiere dos meses o dos y medio.

2.º En la mujer

Las disposiciones anatómicas son comparables a las del hombre. Entre la vagina y la ampolla existe también un espacio despegable prerrectal, cerrado por dos «claves» que se habrán de seccionar, una superficial, el rafe anovulvar; otra profunda, el rafe vulvoampular que fija el vértice del codo ampular.

La incisión cutánea empezará a 1 centímetro atrás de la horquilla.

Se tirará del ano hacia atrás y de la horquilla hacia delante.

Sección del rafe superficial o anovulvar.
Retropulsión del ano.

Descubrimiento de los bordes del elevador y, en el centro, del rafe profundo (fig. 1073).

Sección del rafe profundo o vulvoampular y penetración en el espacio despegable prerrectal que conduce hasta el Douglas.

Los otros tiempos son semejantes a los que hemos descrito en el hombre.

Fig. 1073. — Descubrimiento y sección de los elevadores en la mujer (Ricard y Launay).

Si la vagina está invadida, mediante una incisión apropiada, practicada en la pared posterior de la vagina, se circunscribe la parte enferma que se extirpa con el recto, al que adhiere. Alrededor de ella se despega la vagina del recto. Se reconstituye luego la vagina por sutura.

B. — Extirpación del recto con conservación del ano

Las lesiones respetan el ano y la región esfinteriana, que por esta causa procuraremos conservar, con su aparato nervioso.

Esta operación se puede poner en parangón con el método sacrocoxígeo. Presenta la ventaja, pasando por delante del ano de respetar mejor los nervios esfinterianos.

Cuidados preliminares idénticos, pero aquí el ano iliaco ya no está tan indicado.

a. Disección de la mucosa anoesfinteriana. — El ano queda circunscrito por una incisión circular justamente en los confines de la mucosa y de la piel. La mucosa es despegada a la manera de Whitehead hasta más arriba del esfínter que ha de ser cuidadosamente respetado. Entonces se la liga con una seda

fuerte a fin de transformar el recto en bolsa cerrada, según el precepto de Quénu.

b. Liberación del recto por delante. — Incisión prerrectal, convexa hacia delante, desde una tuberosidad isquiática a la otra y que pasa a dos traveses de dedo escasos por delante del ano, superficial en la línea media, profunda en sus extremos (fig. 1069).

La liberación de la cara anterior del recto se practica según las reglas formuladas anteriormente.

Sección del rafe superficial anobulbar y abertura del espacio despegable inferior. — Descúbrase el nudo muscular del periné, la prominencia bulbar y el rafe que la sigue. Comprímase y córtese este rafe por detrás del bulbo. Empújese el ano hacia atrás, el bulbo hacia delante, éntrese en el espacio despegable retrobulbar y termínese la propulsión del bulbo. Tírese más fuerte del ano con unas pinzas de Museux. Se ve ponerse tensos: a los lados los bordes anteroposteriores de los músculos elevadores del ano; en medio el rafe profundo uretroampular.

Sección del rafe profundo uretroampular y abertura del espacio despegable superior. — Cójase ese rafe, póngase tenso y córtesele a ras de la uretra membranosa, sirviendo de guía un catéter, por medio del bisturí cogido casi horizontalmente para respetar la prominencia del codo rectal.

En seguida se abre el espacio despegable profundo interpróstatorrectal, de paredes lisas, de aspecto seroso, que los dedos ensanchan en algunos segundos hasta el Douglas.

La cara anterior del recto queda completamente aislada.

c. Liberación del recto por abajo. — Se reconoce el borde superior del esfínter. Por encima de él y sobre el índice izquierdo introducido en el conducto anal ya despojado de su mucosa (que se ha despegado y cerrado en el primer tiempo), se seccionan por delante las paredes del recto, por la brecha se atrae el fondo de saco mucoso y de algunos tijeretazos se acaba de cortar el recto por encima del esfínter.

d. Liberación del recto por detrás. — Se lleva entonces el recto hacia arriba y adelante, el ano hacia abajo y atrás. El dedo puede así penetrar en el espacio despegable posterior y aislar el recto de la concavidad sacra. Si se experimenta alguna resistencia, se puede, por una incisión media posterior, descubrir la punta y el cuerpo del coxis, denudar este hueso, resecarlo y abrir un camino directo hacia el sacro procurando respetar los nervios esfínterianos.

e. Liberación del recto por arriba. — El recto está ya libre por abajo, por delante y por detrás.

Los elevadores, los pedículos de las hemorroidales medias y el peritoneo son seccionados como antes se ha dicho. Se hace bajar el colon pelviano, ampliamente libertado, y se le secciona transversalmente más arriba de las lesiones.

f. Cierre de la herida. Sutura del cabo superior al ano. — Cerrado el peritoneo, suturados los elevadores, el cabo superior será introducido en el trayec-

to anoesfinteriano y la sección intestinal regularmente suturada a los labios de la incisión perianal del principio.

Delante se colocará un tubo de desagüe. Se colocará otro detrás del ano, si se ha practicado la sección posterior complementaria, útil a menudo para despegar el recto de la excavación sacra.

§ 2. — MÉTODO SACROCOXÍGEO

Reuniremos en este párrafo los tres grupos de procedimientos que utilizan la vía posterior, es decir, el espacio extendido desde el ano al sacro o a la articulación sacroilíaca.

1.º Vía coxígea (1)

Recomendada por Verneuil, Kocher y Depage.

Enfermo en *posición ventral* (Depage), acostado sobre el abdomen, con la pelvis ligeramente elevada, los brazos colgando a cada lado de la mesa y la cabeza inclinada a la izquierda o a la derecha para facilitar la anestesia.

a. Incisión media sobre el sacro que desciende hasta dos o tres traveses de dedo arriba del ano. Denudación rápida y resección del coxis.

b. Liberación del recto inmediatamente por arriba del esfínter en toda su circunferencia y colocación de una ligadura doble a ese nivel. Sección del intestino entre las ligaduras. Desinfección de las superficies de sección.

c. Desprendimiento del cabo superior tan arriba como sea necesario. Abertura del peritoneo. Liberación del asa sigmoidoa.

d. Ciérrase el peritoneo con algunos puntos de sutura. Arrástrase el recto libertado a través del ano. Córtese el intestino a buena distancia del neoplasma; fíjese la sección superior al ano. Tapónese la herida.

Si el esfínter está invadido, compréndase el ano en el asa de una raqueta cuyo mango medio sube hacia el sacro.

2.º Vía sacra (2)

Recomendada por Kraske (1885). Mucho menos empleada hoy, comprende dos tiempos: la resección sacrocoxígea y la resección rectal.

A. Resección sacrocoxígea. — El sujeto se acuesta sobre el lado izquierdo, los muslos se ponen en flexión y el tronco encorvado hacia delante.

a. Incisión cutánea. — Puede ser o media, desde el ano al centro del sacro (Kraske) o ligeramente cóncava a la izquierda partiendo de la ranura interglútea para ir a parar a la sínfisis sacroilíaca izquierda (Hochenegg), o curvilínea en U de concavidad superior, cuyo vértice pasa sobre la punta del coxis (Zuckerkindl).

(1) Consúltase Kocher, *Deutsch. Zeit. f. Chir.* (1880), pág. 161; Depage, *XVIIe Congr. fr. de chir.* (1904), pág. 533.

(2) Consúltase Morestin, *T. de Paris* (1894); Sieur, *Arch. prov. de chir.* (1896), pág. 317; Wölfler, *Centr. für Chir.* (1900), pág. 93.