



Ymo Señor
Fistulas de
ano.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531538967X

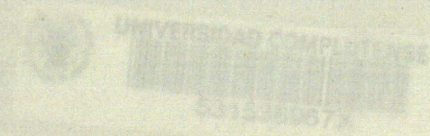
018489081

i25396055



ob. de [illegible]

1855



Ilmo Señor:

Razones poderosísimas deben ser las que muevan mi pluma, para trasladar al papel los conceptos de mi pensamiento, sumido aun en oscuras labregueces y en intrincado laberinto de confusas ideas, que solo al génio es dado remontarse a las altas esferas de la sabiduría, y alumbrar con la palabra y con el libro a los cerebros jóvenes y poco acostumbrados a pensar. Aquí, sin embargo, se ha de dar el caso de que una inteligencia apenas abierta a los primeros albores de la aurora de la ciencia, venga

osada y orgullosa, hasta atreverse a' levantar
su vuelo, ante un Tribunal tan docto e' ilus-
trado, como al que tengo la inmerecida hon-
ra de dirigirme.

He aquí porqué, decia que debian
ser muy fuertes las causas que me obli-
garan a' presentarme ante vosotros, y en
efecto, el ineludible deber que impone la
vigente Ley de Instrucción Pública, es el
que únicamente puede hacer romper en
mí el silencio, y obligarme, por modo inex-
cusable a' molestar muy brevemente vuestra
benévola atención.

Reconociendo pues, mis escasos datos,
parece ocioso demandar vuestra benevolencia,
pero hay un motivo ~~para~~ poderoso todavía,
para ello, cual es, que la ilustración es her-
mana gemela de la tolerancia y marchan-
do unidas, vosotros que poseís aquella en
el mas alto grado, habreis forzosamente de otor-
garme esta.

Al elegir el tema que ha de ser objeto
de mi disertación, no podia en modo alguno,
por las razones expuestas, ofrecer a' vuestra
consideración un asunto, ni completamente

7
nuevo, ni en forma nueva presentarlo, pues
mi escasa práctica y mis condiciones, aun-
quise no pequeños para poder llevar á
cabo este cometido, pero aun cuando sea
verdad la frase latina nihil ^{est} novum
sub sole, la humanidad no puede esca-
parse á la ley fatal del progreso, aun-
que lento, incesaute y continuo, y los hom-
bres realizan este progreso aun á su pesar,
y yo he de ser aquí quien ponga de ma-
nifiesto, ya que no puedo tomar parte
activa en esta cuestión, los progresos reali-
zados por otros hombres, dotados de un espí-
ritu de observacion desligado por completo
de toda idea preconcebida, y apoyados en
el método inductivo que á las ciencias espe-
rimentales guía en sus investigaciones.

Observar los hechos atentamente por me-
dio de los sentidos, recoger las impresiones per-
cibidas, establecer un juicio, comparar, analizar,
y llegar en último resultado á conclusiones
sacadas con aguda de la razón que abstraen
y generalizan, he aquí, Ilmo Señor, la base

de nuestra ciencia, he aquí, el sólido pedestal en que debe asentarse y entronizarse el conocimiento médico, y solo desconviniendo esta manera de constituirse la ciencia médica, es como han podido brillar en la historia, sistemas tan absurdos, que no pueden resistir al examen de una crítica severa.

Si los médicos hubiesen seguido sin apartarse de las máximas establecidas cinco siglos antes de la Era Cristiana por el inmortal Hipócrates y hubiesen continuado por el camino trazado por el fundador de la Medicina, es probable y creo no pecar de exagerado al decir que con seguridad, la Medicina habría alcanzado en nuestro siglo triunfos inmarcesibles, pues aunque se hayan realizado progresos innegables, es lo cierto que no pueden compararse a los alcanzados por las ciencias físicas y naturales.

Hay sin embargo, en nuestro siglo, hombres que llevan entristida la bandera de los ideales expuestos y a estos debe la ciencia la mayor parte de las conquistas alcanzadas y a ellos es justo por tanto tributar el homenaje de respeto y de agradecimiento que se

humanidad ha tributado en otras épocas
a sabios, guerreros y conquistadores.

En el tema objeto de este trabajo, vé
marcada la influencia de aquellas ilustres
personalidades, quizás mas que en ningún
otro y ya tendré ocasion de ponerlo de
manifiesto en el trascurso de esta modesta
Memoria, siendo así intérprete de los sen-
timientos que a estas debe animar
a la humanidad, exhortando a los hombres
que con saguntados pasos hacen progresar
las ciencias, las artes o las letras.

ero quito de fatigar vuestra atencion,
y por tanto entro en materia para exami-
nar lo mas brevemente que me sea posible
el tema siguiente:

Fistulas de ano.

Antes de entrar de nuevo en el estudio
de estas fistulas, conviene describir siquiera
sea someramente, las dos regiones en que
tienen asiento, por las consecuencias prácti-
cas que de este estudio hemos de deducir

mas adelante: estas dos regiones son, la region del ano y el buccoisquis-rectal.

Con el nombre de region anal se comprende no solamente la abertura inferior del tubo digestivo o sea la extremidad inferior del recto, sino la region en cuyo centro se halla el orificio anal, perfectamente comparable a la region palpebral y a la region labial, por poseer musculos muy parecidos a los que componen estas regiones y especialmente por la funcion que estos musculos desempeñan, cual es la de abrir o cerrar a voluntad el conducto u orificio que rodean, reciben estos musculos el nombre de esfínteres en el ano, y estando destinados a mantener constantemente cerrado dicho orificio, para abrirse solo en el momento del paso de las heces fecales al exterior. En esta de acuerdo los autores en los limites que deben asignarse a esta region, pero buscando un limite natural, parece que debe alcanzarse por arriba hasta donde alcanzan las fibras circulares que forman el esfínter interno, pudiendo calcularse esta profundidad en unos 3 centimetros;

el límite periférico si así puede llamarse, no se puede fijar de una manera precisa, pues los elementos que constituyen esta región en su parte mas externa, se continúan y forman un todo con los de las regiones próximas, pero puede estimarse en 2 centímetros por fuera (circularmente) del orificio anal.

Se divide esta región en dos partes; orificio anal y contorno ó circunferencia del orificio. El orificio es circular, cerrado normalmente, para abrirse en el momento de la defecación y situado en el fondo de un infundibulum, formado por las regiones adyacentes.

Para poder examinar perfectamente esta región, es necesario ejercer una tracción lateralmente sobre las partes inmediatas, para poner al descubierto el orificio, por lo cual se comprende que esta región no es plana, sino que afecta la forma de un cono truncado de base inferior abierta y vértice superior constituido por el ano.

Por fuera del orificio y constituyendo la parte mas interna del contorno anal, se encuentran una serie de pliegues en forma

radiada, resultantes del fruncimiento del orificio y que ~~que~~ se borran en los individuos que se entregan a la sodomia. La porcion que se halla por fuera de estas pliegues, está constituida por la piel, lisa, fuertemente pigmentada y cubierta de pelo, en el hombre, que rara vez se presentan en la mujer.

En la estructura anatómica de esta region, son de notar varios elementos; la piel, una capa muscular muy potente, constituida a su vez de tres elementos, el esfinter externo, el interno y las fibras mas inferiores del elevador del ano, y por último la mucosa rectal.

Las arterias que nutren esta region son las hemorroidales. Las venas llevan el mismo nombre de las arterias. Los linfáticos van a parar a los ganglios inguinales y del mesorecto. Los nervios proceden del plexo interno y del plexo hipogástrico.

Se da el nombre de bazo izquierdo-rectal como su nombre indica, a un espacio celoso comprendido entre el intestino recto y la porcion izquierda del iliaco. Tiene la forma de una pirámide triangular, de base inferior, cuyas

paredes están formadas, la externa por la
fibromuscular isquiática, la interna por el
elevador del ano, la posterior por el musculo
gluteo mayor y la inferior por la piel.
El hueso isquio-rectal está revestido por un
peloton de tejido celular grasoso, muy
laxo y por tanto muy apropiado para
que en él puedan desarrollarse abscesos,
que generalmente se abren al exterior,
así como flemones difusos, que se acom-
pañan de síntomas graves.

La única arteria de esta region
es la pudenda interna, que corre adosa
de a la rama ascendente del isquion,
dando las hemorroidales inferiores que
atravesan el hueso isquio-rectal, en la
union del cuarto superior con los tres cuar-
tos inferiores. Estas arterias se acompañan de
las venas del mismo nombre y de filetes
nerviosos procedentes del pudendo interno.

Dado ya este pequeño bosquejo
de la anatomía topográfica de estas re-
giones, se la manera como puede y debe

tratarse en un trabajo de esta índole, pa-
samos á examinar lo que son las fistulas
de ano, como se constituyen y recono-
cen y medios que deben ponerse en
práctica para librar á la economia de
esta clase de afecciones.

Definicion.- Poca se preocupan los au-
tores y en mi sentir obran equivocadamente, en dar
una definicion de lo que debe entenderse por
fistula en general; padecimiento perfectamente
conocido de todo el que haya pisado una
Sala de Clinica Quirurgica, no importa
gran cosa que la definicion que de él
pueda darse sea mas ó menos defectuosa,
como tienen que serlo la mayor parte de
las que se dan en Medicina, pues para
ser inteligibles, ya que no puedan ser
lógicas, han de entrar en la descripcion
seis ó cuatro pinceladas del padecimiento
que definen. Indicaremos la siguiente, sin
darle por eso mas importancia que á las
demás. "Fistula es la solucion de continui-
dad, constituida por un conducto estrecho,

ulceroso, profundo, mas o' menos sinuoso, de fondo ancho por lo regular, que se comunica, ya con una cavidad natural, ya con una secretoria, ya en fin, con un conducto excretorio." Esto es que en toda fistula existe un conducto con dos aberturas, por el cual fluye un humor y esto es lo mas esencial que necesitamos saber para nuestro objeto. Asi definidas las fistulas en general, se les aplica el adjetivo de anales, por estar en las inmediaciones de esta region, pues en realidad estas fistulas no tienen caracteres exclusivos a ellas, para formar un grupo nosológico aparte, sino por las circunstancias de localidad y patogenia.

Historia. Las fistulas de ano fueron ya descritas magistralmente por Hipócrates, quien propuso para su tratamiento la incision, método que todavia goza hoy de la preeminencia de ser el mas admitido por todos los cirujanos. Despues, han venido los au-

figuras cinjamos tratándolas por el hierro,
el fuego, y los cáusticos mas enérgicos, para
destruir las pretendidas callosidades. Sin em-
bargo, Celso y Avicena se muestran menos
enérgicos, y preconizan la ligadura
simple en los casos mas leves y en
aquellos que pueden conceptuarse como
casos graves o serios, se deciden por un
tratamiento puramente paliativo. Siempre
he ocurrido lo mismo, así en Medicina
como en Filosofía; tras un sistema exa-
gerado en un sentido, ha venido el sis-
tema opuesto exagerando á su vez, los prin-
cipios en que se basaba; he aquí porque
después de los métodos tan intemperantes
de los antiguos médicos, viene la reacción
y se cae en el extremo opuesto de que dan
clara prueba Celso y Avicena, y mas tarde
Guy de Chauliac que cree que únicamen-
te la presencia de las callosidades autori-
za para emplear procedimientos enérgicos. Esta
doctrina duró bastante tiempo y fue ad-

mitida sin discusion, los partidarios de ella
creian que la fistula de ano era una afe-
cion muy grave, a veces incurable y cuyo
tratamiento exponia a los enfermos a conuen-
cias no pocas veces desagradables y a peligros
de verdadera importancia. El imperio de es-
tas ideas reinaba de tal modo, que hubo
de ocasionar espectaculo tan interesante
como el que se dió en la época de Luis
XIV de Francia, cuyo rey fue atacado
de una fistula de ano, para la cual y desde
las ideas reinantes se le pusieron infinitos
unguentos, ~~y~~ pomadas y aguas minerales y des-
pues de enojosas discusiones y de consul-
tar todas las opiniones, se concluyó por
incindir y cauterizar el trayecto con lo
que curó.

Se ha escrito mucho de esta afeccion,
pero entre todas las publicaciones referentes
a este punto, conviene citar las de los siglos
XVII y XVIII, y muy especialmente el capi-
tulo de fistulas de ano publicado en la

Biblioteca chirurgicale de Mauget, debida a la pluma de Pierre de Marchetti. En este capitulo, en efecto, se hace una descripcion muy completa de la enfermedad, tanto, que los trabajos mas recientes de Allingham, Mason, Chopard, Pozzi, Guerlin y otros, solo han añadido algunos hechos de detalles o algunos nuevos procedimientos operatorios, que como siempre sucede y ya tendremos mas ocasion de apreciar, sus autores quieran hacer referencias a todos los casos.

Divisiones. Muy diversas son las divisiones que se han hecho de las fistulas de ano, pero la que pudiéramos llamar clásica, por ser la mas generalmente admitida, las separa en tres grupos, completas e incompletas, subdivididas estas en ciegas externas y ciegas internas. La fistula se llama completa, cuando tiene dos aberturas, una rectal y otra cutánea y un trayecto intermedio. La fistula es ciega interna, cuando se abre únicamente en el recto, y es ciega externa, cuando no posee mas que una abertura cutánea. Esta division tiene la ventaja sobre

las demás, de ser la una, conocida, de que
su proyección sea en punto a su patogenicidad
ni a su asiento y por último comprende to-
das las que existen, lo que puede no ocurrir
con las otras. A pesar de esto, no todos los
cirujanos están conformes en la manera de
apreciar la erección. Las fistulas completas
han sido admitidas por todos los cirujanos, pero
no así las otras dos clases. La existencia de
las fistulas ciegas externas ha sido negada,
pues los Sres. Foubert, Sabatier y Larrey creen
que los abscesos fétidos de las márgenes
del ano, van acompañados siempre de per-
foraciones del recto, y lo fétido por tanto,
es un fenómeno natural dependiente de
la existencia en el absceso de materias fecales
o de gases producto de las mismas, opi-
nion que no puede admitirse en rigor,
pues muy bien puede determinarse esta
fetidez por un simple fenómeno de osmosis,
pues los gases desarrollados en el intestino
pueden pasar a través de la mucosa rec-
tal, sin necesidad de que haya perforación.

Aclaras, aquella opinion ha sido rebatida brillantemente por los Sres. Pott, Boyer, Roux, y Nelpean, los cuales creen que la márgen del ano es un punto del organismo y quizá mas apropiado que otro alguno, para el desarrollo de fistulas ciegas externas, por las especiales condiciones anatómicas del fueso isquio-rectal, avocándose estos Sres. que el fueso desarrollado en un absceso de las márgenes del ano, puede adquirir propiedades fétilas, sin estar mezcladas con materias estercoráceas, que bajan al absceso directamente desde el recto. A mas el fueso puede descomponerse, determinando el mismo fenómeno.

Otros autores niegan la existencia de fistulas ciegas internas y se apoyan en el hecho de que desde el momento que esta fistula exista, pasarán fuera del recto las materias fecales y determinarán un absceso en la fosa isquio-rectal, cuyo absceso se abrirá al exterior y quedará constituida la fistula completa. A parte de que si esto sucediera, tardaría algun tiempo en tener

19
lugar, durante cuyo tiempo la fistula
seria ciega interna, debemos hacer observar
que si el orificio es pequeño y está oculto
por algún repliegue de la mucosa, o bien
está situado por debajo de la foveola di-
stada del resto, es preciso convenir en
que las materias fecales, ~~o bien~~ no penetran
por el orificio o tienden en el segundo caso
mas bien a cerrarle que a penetrar en él.

Por estas razones, creemos que debe con-
servarse esta división, aunque se admitan otras
que tienden a dar un caracter mas cientifi-
co a la clasificación, como es por ejemplo la
de Duplay, que las divide en pelvi-rectales
inferiores, pelvi-rectales superiores y osteopáticas.
Las fistulas pelvi-rectales inferiores, son aquellas
fistulas consecutivas a inflamaciones del teji-
do celular de las fosas isquio-rectales o fis-
tulas anales ordinarias; las pelvi-rectales su-
periores, son las que tienen su origen en la
supuración de la capa adiposa que llena
el espacio pelvi-rectal superior, es decir, por
acción del elevador del ano y las fistulas os-

terapéuticas, las que tienen su origen en un proceso de los huesos, mas ó menos cercano a la region anal. La primera clase ó sean las feli-rectales inferiores se dividen en dos variedades, sub-tigumentarias ó superficiales y sub-musculares ó profundas, segun pasen por dentro ó por fuera de los esfínteres. Esta clasificación es perfectamente admisible tambien, pues teniendo en cuenta el asiento de la fistula y mejor el punto de origen de ella, se dividen en tres grupos que son lógicos, y ajustados a las reglas nomenclógicas.

A pesar de su clasificación, Duplay habla luego de fistulas ciegas, tanto externas como internas y completas, y en su descripción aprovecha estos terminos, y por tanto ó pesar de decir que es insuficiente esta manera de dividir las como base de clasificación y creer que es prohibible la suya, tácitamente la admite en el hecho de hacer de ella uso en sus descripciones.

Otros autores y entre ellos Hillaux, la di-

viden en extra e' intra-cavitarienas, que corresponden a' las dos variedades de subsegmentarias y sub-musculares de Duplay.

El Dr. Charraignac las divide en anales y rectales, que corresponden a' las de Villaux, pero teigase en cuenta que estos autores, tampoco precinden de la division clasica y aun la admiten.

Aceptando la manera de ver de Duplay y sin abandonar el criterio de admitir las completas y ciegas, paremos a' hacer un brevissimo estudio, de la manera como se constituyen y establecen estos afetos en la economia.

Patogenia. Siendo muy numerosas las causas que pueden dar lugar a' las fistulas de ano, se han tratado de agrupar, lo que hacen algunos autores en tres grandes clases; 1.^a perforaciones del recto debidas a' ulceraciones tuberculosas: permanencia de cuerpos extraños en las repliegues de la mucosa: inflamacion de las hemorroides; 2.^a alteracion de los huesos de la pelvis; 3.^a inflamacion y supuracion de las glandulas del

contorno del recto y todas las causas que
engendran, las flemas, supurados, de la má-
gex del ano. Su esta clarificación puramente
artificial, quedan excluidas, algunas causas,
como por ejemplo las estrecheces del recto, por lo
cual creemos, que aun á riesgo de un ^{hacer} ~~estas~~ clarificación, debemos examinar todas las cau-
sas, que á nuestro juicio pueden ocasionar de
una manera mas ó menos directa la presen-
cia de fistulas anales.

Después de las hemorroides, es uno de los
pedecimientos mas frecuentes entre las afe-
ciones del recto. Los hombres las padecen en
mayor grado que las mugeres. La mayor
parte de las veces son dependientes de abscesos
anal abiertos, bien espontáneamente (lo que es
mas frecuente), bien por la mano del cirujano.
Las causas de estos abscesos son las hemorri-
des, los cuerpos extraños, las ulceraciones del
recto, la sodomia y la pederastia, los trauma-
tismos, oliveros, el estado general del paciente,
las diátesis tuberculosa y escrofulosa etc. En-
tre estas causas, unas se pueden considerar
solo como predisponentes y otras como determi-

12
nantes u ocasionales. Una de las causas
mas frecuentes es la tuberculosis y lo prueban
una estadística de Allingham, en la que de
100 enfermos fistulosos, 14 eran tuberculosos, cre-
yendo este autor que las fistulas, en los tu-
berculosos, no son dependientes de la tubercu-
losis misma y por tanto no constituyen pa-
ra él una manifestacion de esta diátesis,
sino que son la consecuencia del estado
de debilidad y de la mala nutricion á
que la tuberculosis conduce á estos enfermos.

Otra de las causas que se citan como
muy importantes en la determinacion de este
proceso, son las estrecheces del recto y no sola-
mente las estrecheces anulares y completas, sino
una clase de estrechez circunscrita porcierto
mente al borde superior del esfinter interno
y constituida por un repliegue duro, inexten-
sible y situado transversalmente, perfectamente
reconocible por el dedo y que ocupa solamente
la pared posterior del recto. Pues bien, la
inflamacion de la mucosa rectal á que
puede dar lugar esta obstruccion, se propaga

con frecuencia a las partes adyacentes, y subvuelto al tejido celular de la fosa isquio-rectal, determinando el absceso y la fistula consecutiva.

La condicion que pudiéramos llamar esencial en la constitucion de las fistulas, es la disposicion anatomica del hueso isquio-rectal, el cual formado como ya dijimos en su parte externa por el isquion y en la interna por el elevador del ano y el recto y ocupado este espacio por tejido celular, las paredes de este recinto no pueden aproximarse, porque ninguno de los dos elementos mas importantes de la region pueden cambiar de lugar y al constituirse el absceso, no puede establecerse la cicatrizacion. Agreguemos a esto la excesiva movilidad del recto y del elevador y añadiremos una circunstancia mas para evitar la cicatrizacion.

Ahi pues, podemos admitir como causa para las fistulas pelvi-rectales inferiores profundas, la falta de aproximacion de las paredes del hueso isquio-rectal, pero para las superficiales y las pelvi-rectales superiores esta no seria bastante a explicar su manera de

constituirse y solo podemos aceptar en este caso la explicacion de los movimientos del recto y la piróclita de paralelismo que entre las superficies cruentas se establece por este solo hecho.

Algunos autores creen sistemáticamente, que la ulceracion intestinal es el punto de partida siempre del procezo y dicen que esta úlcera agrandándose concluye por perforar el intestino, perforacion por la que ya pueden pasar las heces fecales y líquidos del intestino para determinar el absceso, que bien pronto se abre al exterior y lo que antes era fistula ciega interna se convierte en completa. No es esta precisamente la opinion mas generalmente admitida, pues a mas de ser muy absoluta, hay hechos que demuestran de una manera evidente, la existencia de fistulas completas que han sido primero ciegas externas, sin necesidad de que haya perforacion intestinal y sobre todo, esta manera de ver no explicaria nunca la existencia de las fistulas pelvi-

rectales superiores, la mayoría de las cuales
no tienen comunicacion con el intestino. Está
probado asimismo por las observaciones de
hombres ilustres, que es raro el origen en
la ulceracion y que esto solo puede tener lu-
gar despues de la aplicacion de causticos
sobre un tumor varicoso, por la ruptu-
ra de un tumor hemorroidal inflamado
o por alguna causa semejante.

Debemos añadir otras dos causas frecuen-
tes de fistulaciones, cuales son las forunculos de
la region interna de las nalgas y las folien-
litis de una o varias glándulas secretorias
peri-anales, cuyo conducto se obstruye
por cualquier causa y retiene el conteni-
do, produciendo una estrangulacion y
un verdadero absceso.

Por último, las lesiones que se presentan
en algunos de los huesos que constituyen
la pelvis, son las que determinan la presen-
cia de las fistulas que huesos llamados os-
teopáticas.

Anatomia Patológica. En el orden que
hemos adoptado para la descripcion de las

14
fistulas de aco, imperearemos, por estudio, las
pelvi-rectales inferiores. En estas fistulas, debemos
considerar, el orificio externo, el orificio inter-
no y el trayecto.

El orificio externo es siempre, es, muy
visible, pudiendo estar oculto por vegetaciones.
Puede ser unico o multiple; cuando es unico,
comunica con uno o varios trayectos que a su
vez pueden abocar a uno solo o a varios ori-
ficios internos. Se debe el caso tambien de que
los orificios externos sean multiples, y concurren
a un solo orificio interno. Generalmente el orificio
externo se abre en las partes laterales del ano,
siendo muy raro que se presente en la par-
te anterior o en la posterior. Cuando se trata
de una fistula de la variedad sub-tigumen-
taria o superficial, el orificio externo se abre
a muy pocos milimetros del ano, encastran-
dose frecuentemente entre los pliegues del
mismo, por lo cual conviene hacer tracci-
ones en sentido lateral, para poder tener
las especies que quedan entre dichos pliegues
y poder apreciar oí facilmente la existencia
de la abertura exterior de la fistula.

Mucho mas fácil es de reconocer el orificio cutáneo en las fistulas sub-musculares ó profundas, en las cuales este orificio es perfectamente visible á algunos centímetros del ano. Lo mas frecuente es que el orificio externo se presente en el vértice de un pequeño tumorcito rojo, pero puede tambien estar situado en el fondo de una depresion que adquiere una semejanza muy grande con el culo del pollo y entonces, la abertura no es rebordada como en el caso precedente, sino que afecta la forma de una fisura, hendidura ó grieta, por la que puede pasar con dificultad la punta del instrumento investigador. En las hircas, adquiere este orificio una forma particular: es alargado, de bordes irregulares y piqueteados.

Ya hemos dicho que los orificios externos pueden ser múltiples y en este caso están calveados, bien á un lado, bien á ambos lados del ano. No es infrecuente tampoco encontrar un número tan grande de orificios y situados tan próximos unos á otros, que afectan la forma que se ha determinado de fistula en negadera.

15
Parece exequiendo que digamos que el orificio
externo existe solamente en las fistulas com-
pletas y ciegas externas.

El orificio interno está cubierto en el rec-
to mas o menos alto, pero casi siempre al ni-
vel de la margen del ano. Segun Velspeau este
orificio puede escapar a la inspeccion por
tres causas siguientes; 1.^a porque no se le
busca bastante bajo, que es donde se encuentra
casi siempre; 2.^a porque la mucosa rectal des-
pegada, deja pasar el estilete entre ella y la
túnica muscular y 3.^a porque puede deter-
minarse el despegamiento de la mucosa en el
mismo acto del reconocimiento.

Es generalmente blando, deprimido y como
obescurado; pocas veces se presenta duro y ca-
lloso, disposicion que el Sr. Ribes ha encontrado
en los tunicos, en los cuales es largo y represen-
ta una veroletera perniciosa de sustancia.
Puede ser pequeño y presentar como el orificio
externo la disposicion en culo de palle.

Suele ser unico y solo excepcionalmen-
te se encuentran muchos; cuando la fistula

en ciega interna existe un tubo, por el cual
pasan las materias fecales y determinan
la formacion de un absceso que al abrirse
al exterior convierte la fistula en completa.

El sitio preciso del orificio interno
de las fistulas completas, ha sido desde
hace algun tiempo, objeto de una atencion
muy especial. Hasta que el Sr. Ribes publico
sus trabajos sobre este asunto, se admitia que
las fistulas se abrian en el recto á alturas
muy variables. Ribes ha demostrado que este
orificio esta' casi inmediatamente por debajo
del punto en donde la piel del orificio anal
se une á la mucosa, y que no se abre
nunca á mas de cinco ó seis lineas por en-
cima, cuyo caracter fue' observado por él
en 80 enfermos fistulosos. Conformes con las
ideas del Sr. Ribes estan Sabatier, y Harvey, no
asi los Sres. Roux y Boyer que siguieron cre-
yendo que el orificio interno se remontaba
muy arriba en el recto. Para emitir su opi-
nion sobre el asunto, emprendio' Velpeau
trabajos e' investigaciones minuciosas y halló

16
que la mayor parte de las fistulas se abren en el intestino, muy cerca del esfinter, como habia demostrado Ribes, y las causas de no encontrar algunos enjunos dicho orificio, ya las hemos apuntado antes; es muy rara que el orificio interno indique la extremidad superior del trayecto, puesto que como ya hemos dicho, la mucosa esta' frecuentemente despegada en una extension mas o menos considerable, por encima del punto de la perforacion y el estilete introducido en esta despegadura no encontrara' el orificio interno.

El trayecto tiene dos aberturas u' orificios, cutanea y rectal, en las fistulas completas y uno solo, bien interno en las fistulas ciegas internas, bien externo en las externas. La disposicion que afecta este trayecto es muy variable; rectiliza, pero muchas veces, sinuosa otras, se dirige de fuera adentro y de abajo arriba. Despues de haber tomado origen en la mucosa rectal, desciende, muchas veces, entre la mucosa y el

esfínter interno, atrás entre el esfínter ex-
terno y la piel. No es raro que pase
por entre las fibras del esfínter interno
y descienda entre este y las fibras del rec-
to, dirigiéndose al esfínter externo para
atravesarlo y abrirse en la piel a' una
mayor ó menor distancia del ano: es
imprecuente observar que el orificio externo
está al lado izquierdo y el interno al dere-
cho, así como una fistula cuya abertu-
ra cutánea sea anterior, se abra en su
cava posterior del recto, á cuyas fistulas, las
denominaba Hillingham, fistulas en he-
rradura. A veces está de tal modo los te-
jidos á cuyo través pasa la fistula que
es imposible determinar el verdadero tra-
yecto, por la alteracion y fusion que en ellos
ha determinado el proceso morbozo.

El trayecto de la fistula está ge-
neralmente tapizado por una membrana
de nueva formacion, lisa, muy delgada
y homogénea, aunque el calibre puede
variar hasta hacerse gruesa y fungosa.
Los tejidos circundantes no parecen alte-

raetor, en algunas, circunstancias, pero en otras, por el contrario, están indurados, y parecen constituidos por un tejido celular que ha sufrido la transformación fibrosa y que presenta los caracteres análogos á las callosidades; esto es mas frecuente en los hírios, y á causa de su naturaleza fibrosa, es un tejido provee á propósito para aborver los líquidos que pasan por la fistula; en ocasiones suelen presentarse tambien ulceraciones de la piel.

La longitud del trayecto es mas ó menos considerable; generalmente muy corto y muy próximo al ano en las fistulas sub-tegumentarias, mas largo en las sub-musculares, en las que queda siempre mas espais entre él y el recto.

No tenemos necesidad de indicar que puesto que la distinción de las fistulas pelvi-rectales inferiores en dos variedades, se basa precisamente en el punto por donde atraviesa el trayecto, este pasa entre el esfínter externo y la piel en las sub-tegumentarias y por fuera

de dicho esfínter en las sub-musculares. Esta distinción tiene importancia bajo el punto de vista clínico, puesto que no es posible operar estas fistulas por incisión, sin herir los esfínteres, en las sub-musculares.

El trayecto no va siempre como ya hemos dicho, directamente de uno á otro orificio, sino que presenta divertículos, furos ó anfiollas, que son generalmente el punto donde tuvo lugar el absceso; estos divertículos deben investigarse con prolijidad para no dejarlos en la operación, pues pueden ser el punto de partida de las recidivas.

Ya hemos indicado también la presencia de despegamientos de la mucosa rectal, que generalmente alcanzan á mayor altura que ~~que~~ la que alcanza el orificio interno de la fistula.

El trayecto, en fin, puede afectar todas las formas imaginable y sería ocioso que tratáramos de mencionarlas una por una, pues la naturaleza nos presenta todas

los días nuevos, ejemplos de su infinita
variedad, dentro de la severa unidad
que todo lo abraza.

Siguiendo el orden establecido pase-
mos a estudiar las fistulas pelvi-rectales
superiores, que son mucho mas raras
que las anteriores, y que como ya
dijimos al definir las, tienen por punto
de partida, un absceso desarrollado en el
tejido celular que se halla por encima
del elevador del ano, entre este músculo
y el peritoneo. Lo mas frecuente es que
sean ciegos externas y del punto de origen
parte, es lógico deducir que para abrir-
se al exterior, su trayecto tiene necesidad
de perforar el músculo elevador del ano,
pasando por fuera del recto y de los es-
fínteres, por consiguiente entre el trayec-
to y el intestino queda frecuentemente
una buena porcion de tejido, sintoma que
al ser apreciado por la doble inspeccion
del estilete colocado en la fistula y el
dedo en el recto, es casi patognomónico

de esta clase de fistulas. Puede observarse tambien en estas fistulas, despegamientos mas o menos considerables de la piel del periné, sobre todo cuando son antiguas y han determinado destrucciones de importancia en los tejidos donde se asientan.

Restaur por ultimo, ocuparnos de la tercera clase de fistulas, o sea de las llamadas osteo-físticas, dependientes de una lesion ósea y cuyo trayecto termina en uno de los huesos de la pelvis, el ilíaco, el sacro, el cóxis, pudiendo ser dependientes tambien de una lesion vertebral; estas fistulas son casi siempre ciegas externas y no drenan siempre, pues aunque excepcionalmente, puede darse el caso de que el pus se remanece en la fosa isquio-rectal, prooque una inflamacion y esta propague al recto y determinar su perforacion; pero repetimos que esto seria rarísimo.

Sintomatología. - Diagnóstico. - Los primeros

19
síntomas que se presentan, suelen ser los que acompañan á todo absceso, síntomas que no son de este lugar el examinar.

Una vez establecida la fístula, los enfermos se quejan de picores incómodos y de una sensación de humedad constante, ocasionada por la salida de un flujo fétido, sero-purulento, á veces abundante, cuyo carácter de fétido no es suficiente para afirmar la existencia de una fístula completa, porque el pus de los abscesos desarrollados alrededor del recto, adquieren el olor de las materias estercoráceas. El pus que emana de la fístula, mancha las ropas del enfermo y al adherirse estas á la piel, se producen eritemas bastante molestos. A veces no solamente sale pus por la fístula, sino materias fecales y gases; la presencia de materias fecales en la fístula, es un signo seguro de que es completa, no así la de los gases, pues el aire puede penetrar en el foco de una fístula cie-

ga externa y salir cargado de emanaciones que le hagan asemejarse á los gases del intestino. Las materias fecales salen mas fácilmente por la fistula cuando hay diarrea.

Los enfermos afechos de fistulas anales, suelen sufrir una sensacion de plenitud y verdaderos dolores, que son intermitentes y debidos á la oclusion del orificio externo y á la retencion de los materiales que se forman en la fistula; cesan, pues, desde el momento que se restablece la salida de estos productos.

No es raro tampoco que estos enfermos, a quienes otros síntomas, menos frecuentes, como tenesmo rectal, dispepsias, cefalalgias, dolores al nivel del sacro, de los brazos, del abdomen ó de los muslos.

Las fistulas ciegas internas, suelen pasar desapercibidas por mas ó menos tiempo, pues aunque determinan dolores, mas vivos que las otras, los enfermos refieren esta sensacion á hemorroides u otras causas

30
y solo cuando ven el pus en las materias fecales, se deciden á consultar á un cirujano. La causa de los dolores que en estos enfermos se presentan, es la obliteracion momentánea del orificio interno, en los movimientos del intestino y la penetracion de las materias fecales dentro del trayecto, que dan origen á inflamaciones y nuevos trayectos.

El diagnóstico es la mayor parte de las veces muy fácil de establecer, sobre todo tratándose de fistulas completas ó ciegas externas y creemos oiremo establecer un diagnóstico diferencial, pues aunque pudieran confundirse las fistulas en un reconocimiento superficial ó poco atento, con varias afecciones, como por ejemplo, las dermatitis, las fistulas urinarias ó el cáncer del recto, en realidad, todas estas afecciones tienen caracteres por los cuales es fácil establecer un diagnóstico y mas si se hace un examen prolijo del enfermo en los casos que sean dudosos.

Ante todo, importa al hacer el diagnóstico, saber si la fistula es ciega externa, interna o completa y tratando de afinar mas este diagnóstico, debemos tender a la averiguacion de si es pelvi-rectal superior, inferior u osteo-pélica; este diagnóstico solo puede darlo el exámen directo del enfermo.

Para verificar este exámen, se calvea al paciente en la posicion que se acostumbra para poner las enemas y se empiezan por reconocer minuciosamente los alrededores del ano, los pliegues del mismo y los espacios que entre estos pliegues quedan y de este modo conseguiremos encontrar el orificio externo, si existe.

Después de averiguado esto, pasamos á buscar el orificio interno, lo que se practica engrasando el dedo indice de la mano izquierda en aceite de almendra, ó erato y mejor en vaselina bórica, é introduciéndolo en el recto, se pasa por la extension de

57
mucosa que alcance, procurando mas bien
buscar cerca del ano, pues ya hemos dicho
que el orificio interno, cuando existe, se
halla generalmente muy bajo. Se reconoce
dicho orificio por presentar frecuentemente
una pequeña induración circunscrita o una
depresión en culo de pollo; á veces nada
de esto se aprecia y el único signo que
nos da á entender la existencia del ori-
ficio interno, es un dolor un poco vivo
que experimenta el enfermo en el mo-
mento que hacemos presión con el dedo
en dicho orificio.

Una vez averiguado el punto don-
de radican ambos orificios, para reco-
nocer el trayecto, introducimos un estilote
o una sonda acanalada por el orificio ex-
terno, sin sacar el dedo del recto y le im-
primimos movimientos suaves hasta que la
punta del instrumento le toque nuestro de-
do, lo cual no siempre se consigue, por

ser el trayecto muy tortuoso o porque hacen variar el camino que debe seguir el estilete, los despegamientos de la mucosa. Sin sacar el estilete, debemos en cuanto sea posible investigar enantos focos, diverticulos y trayectos secundarios haya, así como la altura á que alcanzan los despegamientos, para formar una idea exacta de la manera como está constituida la fistula.

Si despues de este reconocimiento, no encontramos el orificio interno, todavía podemos poner en práctica, el hacer inyecciones con líquidos coloreados (leche, tinta, vino etc.), bien por el recto, bien por el orificio exterior y si tambien por este medio se consigue, habremos de reconocer nuevamente, por ellos, algunos dias y si de este nuevo reconocimiento tampoco resultare nada, habriamos de concluir que la fistula era ciega externa o que no habiamos tenido la suerte de descubrir la perforacion del recto, lo cual puede acontecer.

37
Las fistulas pelvi-rectales superiores, tienen algunos signos que las hacen diferenciarse de las inferiores; la supuracion suele ser en ellas, mas abundante, por lo general son ciegas externas, el trayecto es casi rectilíneo y ascendente y su abertura exterior suele estar mas distante del ano que en las pelvi-rectales inferiores.

Las fistulas osteo-páticas tambien se pueden diferenciar de las anteriores; sus causas son las mismas que determinan los padecimientos de los huesos y el pus tiene los caracteres propios de estas afecciones: es fluido y mezclada con detritus óseos. Suele estar perforado el recto en esta clase de fistulas y por esta razon, solamente los caracteres del pus y los sintomas observables en el hueso lesionado, nos daran la clave del diagnóstico.

Pronóstico. Todos los cirujanos están conformes en asegurar que no es una afe-

cion grave por sí, y solo adquieren este caracter las fistulas que han determinado exterior despegamiento, grandes focos, callosidad etc.

Tratamiento. Aunque se citen varios casos de curaciones espontáneas y Allingham cita uno muy notable en su obra, esto no autoriza para dejar á los solos esfuerzos de la naturaleza, confiada la curacion de estos afectos, pues la quietud absoluta, sería perjudicial al enfermo, en el cual casi podriamos asegurar, seguirian avanzando cada dia mas las lesiones que las fistulas engendran.

Antes de entrar á estudiar los distintos métodos de tratamiento conviene, hemos de decir siquiera cuatro palabras de una cuestion muy importante y al par muy debida. ¿ Deben operarse las fistulas de ano en los tuberculosos? Sobre este punto se han emitido opiniones diversas y contra-

23
clitorias que examinaremos brevemente.
Algunos autores creen que no deben ope-
rarse las fistulas de ano en los tubercu-
losos, pero no porque influya la una
afeccion en la otra, sino porque es muy
dificil obtener la cicatrizacion en estas
condiciones. Otros como Chassaingrac creen
que deben operarse, pues entienden que
esta operacion no puede ejercer influen-
cia alguna sobre la marcha de la tubercu-
culosis.

En efecto, segun la opinion de re-
putados clinicos, no parece probable que
la operacion de la fistula de ano determi-
ne un cambio adverso en el curso del pro-
ceso fímico ya constituido con todos sus
síntomas, y en un periodo mas o menos
avanzado, pero juzgamos con Peter que
no es este el punto de vista de la cuestion,
sino que lo que hay que averiguar es,
si en un individuo predispuesto y con
antecedentes tuberculosos, pero en el cual

no se haya presentado ninguna mani-
festacion ostensible de la tuberculosis,
debe procederse á operar la fistula de
ano y bajo este concepto son de gran
peso las razones que expone Peter
fundadas en casos clinicos observados por
él y de los cuales se viene á deducir
que en estos casos está contraindicada
la operacion á no ser que la fistula
sea muy reciente y de poca entidad.

Entrando de nuevo en el tratamiento
de las fistulas de ano, empezando por las pel-
vi-rectales inferiores, creemos conviene omitir una
serie de medios como son los unguentos, poma-
das, inyecciones, cáusticos, compresion, etc, porque
están por completo abandonados por todos los
prácticos y solo mencionaremos los mas admi-
tidos por la generalidad de los que se ocu-
pan de esta cuestion.

Fijémosnos en la incision que es uno
de los métodos que se describen en todas las
obras clásicas y que puede practicarse con
el bisturi, con el iringotomo, con el termo-cautério,

con el constrictor lineal o con el galvanocauterío.

La incisión practicada por el método ordinario o sea con el bisturí, se lleva a cabo del modo siguiente: se administra el día antes al enfermo un purgante y se limpia bien el intestino por medio de enemas. Después de eloxipir mirado el paciente si él lo solicita, y de ramado el arco y sus contornos, se introduce una cauda acanalada de plata flexible por el orificio externo (fistulas completas) y al llegar al recto, el dedo introducido en el intestino la ayuda para sacarla por el arco. Luego no hay mas que contar con el bisturí sobre la cauda de un solo golpe, las partes blandas comprendidas en el arco que forma la concavidad de la cauda. Si la fistula es ciega externa, se perfora con la cauda la mucosa rectal y en lo demás se sigue el mismo método. Si el orificio interno se halla muy alto, conviene emplear el gorgorete, que se introduce en el recto, mirando en concavidad hacia la fistula y

se cuenta sobre la sonda y sobre el gorgorito. esto debe contarse por este procedimiento mas de lo que alcance el dedo, porque nos exponemos a herir el peritoneo. Hay algunos detalles en esta operacion que se conuignan en todas las obras de cirugia y que omito en gracia a la brevedad.

En cuanto se refiere a las fistulas ciegas internas, se introduce el estilete por el orificio interno y se hace salir por la piel, incindiendo esta en el punto que se nota la eminencia formada por la punta del mismo instrumento y convirtiendose asi la fistula en caeufleta.

En cuanto a la cura que a pouga es practica, estimamos que debe ser la antiséptica, siguiendo las reglas ordinarias.

Los accidentes o complicaciones mas frecuentes despues de la operacion, son la retencion de orina, que se combate con el cateterismo, las hemorragias primitivas o consecutivas que se tratan por los medios ordinarios, la erisipela, la flebitis y la infeccion purulenta.

La incision practicada con el siringato-
mo, está desechada de la práctica, pues no
ofrece ventaja alguna sobre el bisturí y por
tanto no nos detenemos en ello.

Chassaingne propone el empleo del con-
strictor lineal y Maisonneuve su apricta-
mido, procedimientos que se ejecutan con ar-
reglo a las reglas que para esto se dan en to-
das las obras.

Por último puede hacerse uso del termo-
cauterio y del galvan. cauterio, empleando en
este último caso el asa de platino incaude-
cente.

Otro método se ha puesto en práctica
para tratar las fistulas de ano, cual es la
ligadura, bien con hilos de diferentes sustan-
cias (crin, seda, lino, plomo, etc.) bien con tubos o cilind-
ros macizos de caucho, a lo que se ha
dado el nombre de ligadura elástica. Como
se comprende, la operación así ejecutada se ha-
ce lentamente, construyendo cada día mas el
asa que comprime las partes blandas hasta

separarlas por completo.

Para las fistulas pelvi-rectales superiores, no pueden ponerse en práctica los métodos expuestos, por alcanzar en trayecto una altura mas considerable y en ellas se emplea un enterotomo de ramas paralelas, entre las cuales se comprenden las partes blandas que existen entre el trayecto fistular y el recto, siendo comprimidas fuertemente. El instrumento queda colocado algunos días, para conseguir el espacio de las partes blandas que caen y entouces queda una superficie eruenta, que se cura como en las fistulas pelvi-rectales inferiores.

Las fistulas osteo-páticas deben tratarse atendiendo al estado general y al local, atacando el hueso lesionado con los medios que la ciencia aconseja, si es asequible a los recursos quirúrgicos, y sino mantener lo posible asepsis en la fistula y hacer inyecciones irritantes.

Conviene que hagamos un juicio crítico de cada uno de estos métodos que

26
acabamos de exponer, pues que las opiniones
se muestran divididas en esta cuestion.

La incision con el bisturi tiene un
pequeñas ventajas sobre los demas métodos por
ser un tratamiento mas pronto, menos doloro-
so y con el cual se tiene la seguridad de
lo que se va cortando y podemos atacar al
foco productor de la fistula alli donde se
encuentra y a mas porque la cicatrizacion
se efectua con mas rapididad por ser bien
de limpieza. En cambio la incision tiene otros
inconvenientes que apuntaremos ligeramente:
son mas frecuentes por este método, las he-
morragias, flebitis e infecciones purulentas y
no puede ponerse en practica en fistulas
que alcancen una altura muy considera-
ble, ni tampoco en las pelvis rectales supe-
riores. En este concepto, el estrangulador
y el aprisco-mudo, y aun la ligadura
elastica pueden prestar beneficios re-
sultados, aunque estos métodos tienen la
desventaja de ser lentos, muy doloros y de

por una herida, cautera, en la cual la cicatrizacion se ha de hacer mas difficultemente.

El termo-cauterio solo es aplicable en ciertos casos, pues con el no se puede hacer una direccion minuciosa y asi siempre nos exponeremos a desorganizar partes sanas, an'es que su uso debe quedar limitado a los casos en que deservimos cauterizar actualmente, partes que ya han sido divididas por otro medio y en general cuando hay campo para sus utiles aplicaciones.

Sucedo lo propio con el galvanocauterio, pues aunque en su uso escale, exponerme a las mismas contingencias que el termo-cauterio.

De todo esto debemos deducir que no es posible adoptar un metodo que sea aplicable a todas las fistulas de ano, sean como sean, sino que en cada caso y conociendo las verdaderas indicaciones de cada uno de estos medios, escogitaremos aquel que parezca mas oportuno, segun las exigen-

24
cias de la afeccion, del paciente, de las circunstancias concomitantes etc.

Parece que con estas ligeras apreciaciones debiéramos terminar, pero quiero antes de hacerlo, ocuparme de un método que se ha expuesto en el año 1884 por el ilustrado D.^r Rubio y que es el adoptado y seguido en el Hospital de la Princesa de esta Corte, por dicho cirujano.

Dice el D.^r Rubio que no deben preocupar para nada las fistulas al cirujano, sino el absceso de donde estas emanan y que partiendo de esta base, todo tratamiento racional debe tender á atacar dicho absceso, sin preocuparse de la fistula. Estimo que esta opinion no puede sostenerse en absoluto, porque si bien es verdad que atacando la causa del proleptismo, deben curar sus consecuencias, se comprende que los trayectos fistulosos que se encuentran callosos, duros y por tan-

to en las pocas condiciones para la ic-
trización, es muy posible que a pesar de des-
truir el foco, los trayectos no desaparecerán.

A vueltas de algunas consideraciones
filosóficas con que el Sr. Rubio quiere demus-
trar las excelencias del método inductivo en
Medicina, en lo que pensamos como él,
ataca de un modo despiadado y con verda-
dero ensañamiento a los autores clásicos y
lo que en sus libros dicen, calificando
de "borondanges" la clasificación de com-
pletas, incompletas, ~~incompletas~~ etc, y los mé-
todos de tratamiento que dichos autores aconse-
jan. A parte de que creemos merecer
más respeto los hombres ilustres que nos
han legado la ciencia constituida y de
que su método (el del Sr. Rubio), según tratare
mos de demostrar se parece bastante al
descrito en las obras clásicas, a parte de
todo esto, decimos, el Sr. Rubio se contradice,
puesto que pocas páginas antes
dice a propósito de la patogenia de la
fistula: "Esta explicación sería aceptable

27
para las fistulas internas, o las fistulas com-
pletas, pero no tiene aplicacion ni a los fle-
mones, cuando aun no hay fistula ningun-
a, ni a las externas, que son precisamen-
te las mas comunes." Con esto, creemos que
bastará para convencerse de que el Dr.
Rubio, al valor de estas frases, admite
implicitamente la clasificacion.

Entrando ya en el tratamiento
que propone dicho Sr. Rubio, vemos que
acepta lo que él llama "operacion de fis-
tula simple de auro" (sin que sepamos lo
que debe entenderse por esta palabra simple)
y que describe del modo siguiente: "La
operacion se hace muy pronto que se
dice: introduzco el dedo indice en el rec-
to y reconozco la depresion que está al
lado derecho inmediatamente por encima
del esfinter. Llevo de plomo sobre el dicho
el bisturi de botou, poniendo en punta
rodea un centimetro mas alto que la fo-
seta de la depresion; vuelvo el filo al
intestino y corto el esfinter en el radio dere-

cho, rebalando el corte de modo que resulte una línea de sección oblicua sin apartarse del radio."

Parece, Hmo Sr, que esto es simplemente el método clásico de incisión vuelta del revés, pues el Dr. Rubio corta de dentro afuera y en el método clásico se corta de fuera adentro y no creo que tal como lo practica el Dr. Rubio, pueda tampoco darle seguridad de haber atacado el absceso, si no recurre después de hecha la incisión y lo ataca, caso de no haber sido comprendido en el corte.

Establece luego dicho cirujano otro tratamiento que consiste en hacer una incisión media en la cara posterior del recto, cortando el esfínter y otras dos laterales y oblicuas de arriba abajo y de dentro afuera, método que propone para esas fistulas que se consideran incurables, dice, por los demás cirujanos, en que hay muchos trayectos y por el método clásico.

habría que destruir toda la región, lo que
il es posible evitar con sus tres inci-
siones. Sin embargo dice mas tarde lo
siguiente: "Y suelen quedar focos de abs-
sas secundarias, que, si no resultan bien
desestrangulados (no comprendemos la estran-
gulacion en una fistula de ano establecida)
y abiertos, hay que dilatar por medio
de alguna otra incision, que se deja
para hacer al cuarto o quinto dia de
la operacion primera, ya pasados sus
peligros inmediatos."

Sintiendo que despues de lo trascrito,
no hay que hacer critica de esto, pues-
to que si el objeto de la operacion
es hacer tres incisiones con las cuales qui-
re el Dr. Rubio que se curan todas las fis-
tulas, pues esto basta para atacar al
foco primitivo, y luego dice que si ha-
cen falta u harán otras incisiones, creemos
que quedará la región tan destrorada por su
método como por el clásico.

En resumen, pues esta evicción sería suficiente para ocupar muchas cuartillas y deseando terminar, entiendo que el proceder del Dr. Rubio llamado "operación de fistula simple de ano," no ofrece ventaja alguna sobre el clásico y que el de las tres incisiones, en reportu utilitatis, si se compara con el que prevalece, es muy oportuno de los medios que se conuignan en las obras de Cirujia.

Estableciendo, pues, en conclusiones, la doctrina que sobre fistulas de ano profesamos, deduciremos las siguientes:

1.^a, debe admitirse la clasificación de fistulas de ano: en pelvi-rectales inferiores, pelvi-rectales superiores y osteopáticas, sin olvidar la de completas e incompletas.

2.^a, admitimos como causa esencial de las fistulas de ano pelvi-rectales inferiores, los abscesos de las fosas isquio-rectales; de las pelvi-rectales superiores, los abscesos situados por encima del elevador del ano y de

las osteopáticas, las leivues óseas.

3.^a, evencos de gran utilidad práctica el estudio de los orificios externos e internos, así como del trayecto de las fistulas.

4.^a, el diagnóstico de las fistulas, de aho es fácil la mayoría de las veces: ofrece dificultad en las ciegas internas.

5.^a de los distintos métodos de tratamiento propuestos, los evencos aplicables en todos, segun las circunstancias, y sin establecer exclusivismos.

6.^a un evencos que presenten una gran ventaja sobre los demás, los pora deber adoptados por el Dr. Rubio.

He terminado, Sr. Dn, este modesto trabajo y solo me resta, expresaros mi profundo agradecimiento, por la benévola atención con que me habeis escuchado, por la cual siempre guardare' eterno recuerdo de estimacion en lo mas recon-

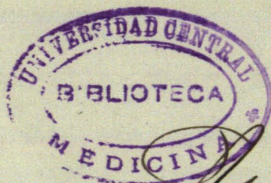
dito de mi alma.

= He dicho =

Madrid 25 de Octubre de 1887.

Manual Medicina y Parasitología

Aprobada: D. C. Cruz
R. de L. S. S. S.



R. de L. S. S. S.

Aprobada

Federico Flor