



Fistulas de Oro

y su

Examen

por el

Oromo-Cauterio

Esis presentada por el alumno Félix
W. Cañacho a la Facultad de medicina
de Lima, para obtener el grado de Bachiller.

O Señor Decano
O Señores Catedráticos.



Cumpliendo con un artículo de reglamento, me permito presentaros este pequeño trabajo, confiado siempre en la benevolencia con que me habéis tratado desde mi ingreso á esta facultad á la que tan digna y sabiamente dirigis; estos señores señores, que al separarme de nuestro seno, llevareé un recuerdo imperecedero del celo que habeis desplegado para inculcarme los principios que en la ondosa y difícil carrera me serviran de base fundamental.

Historia

Los Hippocraticos y todos los cirujanos, no ven en las fistulas de ano sino un punto principal, que es la callosidad, esta callosidad han tratado de destruirla de todas maneras.

Celso fué uno de los primeros que dió á conocer las ventajas del tratamiento por la ligadura, á este le siguieron Avicena, Fabricio de Aquahendente, Guy de Chauliac.

Antiguamente se creía que tenía muchos peligros la púrpura de ciertas superficies de supuración, que según ellos servían de emuntorios; con este motivo Guy de Chauliac y tomando en su apoyo á Lanfranc, Albucasis y Avicena, escribió un capítulo recomendando no tocar las fistulas de ano, puesto que ellas servían de emuntorios; esto hablando de las fistulas que iban hasta la vejiga y los huesos de la pelvis.

Cuando la enfermedad de Luis XIV parecieron infinitas de obras, tales como la de Pedro Marchetti, J. L. Petit, Molière, Cillingham y Cuxling, y en estos perieron teorías que destruían las antiguas y que recomendaban como tratamiento, la destrucción de estas fistulas.

Descripción.

No entaré en muchos detalles, solo hice una descripción ligera de la enfermedad, para después detenerme en el tratamiento.

Definición

Fistula es un conducto anormal extendida de la piel á la pared rectal y da salida al pus solo, ó al pus y materias intestinales líquidas ó gaseosas.

Etología.

El origen de las fistulas de ano son casi siempre los abscesos de la margen del ano o al menos es el intermediario palpable entre esta causa y la fistula.

Las fistulas de ano pueden encontrarse en dos circunstancias diferentes; 1º En los individuos bien sanos, las que son producidas por inflamaciones ordinarias, traumatismos, hemoroides, ulceraciones del recto o de sus venas dilatadas; 2º En la estrechez y cancer del recto, en los tuberculosos, en estos ultimos indudablemente son el resultado de ulceraciones intestinales tuberculosas o de abscesos perirectales del mismo origen. Sin embargo M^r Andral y Luis le dan poca importancia y consideran como una coincidencia entre la tuberculosis y las fistulas de ano; M^r Gillingham dice que, en los servicios de cirugía se desconoce frecuentemente la tuberculosis pulmonar en aquello atacados de fistulas de ano ó lo contrario, que muchos tisicos ocultan su fistula.

Ortogenia

Tres condiciones son necesarias para la formación de las fistulas de que me ocupo, antes de estudiar la patogenia de esta afecion, creo conveniente dar á conocer la topografia del hueso isquio rectal que es la que está intimamente ligada en la producción de estas fistulas.

El hueso isquio rectal tiene la forma de una pirámide triangular cuya base está abajo; hacia afuera se encuentra la tuberosidad del isquion y la pared ósea que hace continacion, las que están tapizadas por el músculo obturador interno, que envuelto por su aponeurosis resistente, está fuertemente aplicado

13

contra la pared oscura; la pared interna está formada por el clerado del ano, envuelto también por una oja aponeurotica; la base está formada por la piel, la que está circunscrita atrás, por el borde inferior del glúteo mayor, adelante, por el músculo transverso superficial del perine, adentro por el ano, afuera por el isquion; la escaración forma dos fondos de saco, de los que uno se prolonga adelante, por encima del transverso, otras, por encima del glúteo mayor.

Ahora pasare á indicar las condiciones invocadas, las unas se refieren á la region, las otras á la pared misma del foco de la fistula y la tercera á los productos escretados ó secretados por el trayecto.

1º Se ha creido en todo tiempo, que la movilidad, la abundancia y la laxitud del tejido celular graso peri-rectal son condiciones indispensables para la formacion de fistulas en esta region.

2º La fusion rápida y muchas veces extensas de todos los tejidos interpusos entre el recto que es móvil y las paredes rígidas de la pelvis, vienen á reunirse á las anteriores e impiden su reunion; poco después, se agregan las induraciones, las callosidades que al rededor se forman y que quitan toda flexibilidad á los tejidos ambientes.

Si son realmente los abscesos de origen tuberculoso, las paredes de la fistula deben ser fungosas tal como se presentan en los abscesos fuos y esplicarse de esta manera, la supuración va persistente.

3º Se cree tambien que el pasaje de las materias fecales, los gases etc alterian las paredes del absceso, modificaria sus secreciones e impediria la reunion de sus paredes.

Anatomia patologica

Dividiremos las fistulas en simples o de trayecto unico y complejas o de trayecto multiple; á las primeras, las subdividiremos en tres variedades:

1º La fistula es completa, cuando el absceso se abre á la vez en el recto y en la piel; 2º es ciega externa, cuando el absceso no se abre sino en la piel y 3º se llama ciega interna, cuando el absceso punto

Separada de la fistula, tiene solo un orificio rectal.

Para hacer la descripción de los orificios y del trayecto, tomaremos como tipo a la fistula completa; principiare a describir de fuera adentro y hablaré del orificio externo ó cutáneo, este es casi siempre estrecho y puede estar situado sobre un tuberculo rojizo y carnoso o bien en el fondo de una depresión de contorno cicatricial, ellas se colocan casi siempre en las partes laterales del ano y rara vez adelante ó atrás. En los casos de fistulas subtegumentarias, el orificio está en los pliegues radiados y muy cerca del ano, en los casos de fistulas submucosares el orificio está distante 2 o 4 centímetros del ano. Infinidad de orificios externos pueden corresponder a un solo trayecto y estas lloran el nombre de fistulas en regadera.

El trayecto es ampular y los orificios pueden estar en los dos extremidades o bien ser curvilíneas, o sinuosas y diverticulares, estos pueden existir en el contorno del orificio cutáneo, o bien pueden estar bajo la mucosa que se desprende en una extencion mas o menos grande, o bien puede estar en la parte media del trayecto, o bien circularmente o longitudinalmente.

El aspecto de la cara interna del trayecto, está cubierto de botones carnosos rojos y granulosos, otros veces se encuentra aunque raramente átona, fibrosa y cicatricial; la cara externa tiene el aspecto de un tejido infundido de aspecto callado.

Segun el sitio que ocupe el trayecto de las fistulas, se puede dirigirlas en fistulas anales propiamente dichas, cuando se abren en el canal del ano; fistulas rectales, aquellas que terminan en el recto o arriba del esfínter; las fistulas subtegumentarias, subcutaneas, o cutaneo-mucosas, todas estas son pequeñas y las que mas generalmente se presentan; tambien tenemos las supra-esfinterianas que se abren por encima del esfínter, y las intraesfinterianas que atravesan completamente el esfínter.

El orificio interno no tiene un lugar determinado, puede estar a diversas alturas, mas muy abajo, otras veces mas arriba.

La fistula ciega interna es la menos frecuente y segun Allingham seria la mas dolorosa; se cree que cuando es el resultado de una ulceracion de la mucosa es casi siempre tuberculosa.

Segun Chassaignac la explicacion patogenica por la ulceracion es muy rara y cree que casi siempre es producida por abscesos flexiticos y cuerpos extraños.

La fistula ciega externa, es la mas frecuente y cuyo trayecto es poco mas o menos semejante al de la fistula completa.

Por lo que toca a las fistulas complejas o de trayectos multiples, siemrno que ellas son el resultado de grandes desgastes gangrenosos del hueso isquio-rectal; pero mas generalmente, no son sino fistulas comunes descuidadas y que por la fusion del pus en el tegido celular, asi como sucede en los abscesos frios, forman prolongaciones multiples y de alli el nombre tan apropiado de Conejeriz. La distribucion de los orificios cutaneos es de la manera siguiente; el orificio rectal es siempre unico y los orificios cutaneos pueden ser multiples, segun que cada conducto se abre aisladamente o bien todo se abre en un solo orificio.

Sintomas y Diagnostico

Los signos que experimentan las personas atacadas de fistulas de ano, son los siguientes; comedones incomodos, secrecion fetida y algunas veces una sensacion de plenitud con dolor, existe tambien hinchazón casi permanente en la region anal, el que fastidia en extremo y sobre todo en la epoca de calor, en la camisa se encuentran manchas prurientes, un poco de sangre, materias fecales solas o mezcladas con pus; todo esto no impide al paciente entregarse á sus ocufoaciones y no necesita sino un poco de aseo.

En este estado las fistulas no merecen la atencion del individuo, pero cuando el orificio externo de la fistula se obstruye, esta region se inflama, se hace dolorosa, la defecacion es trabajosa, no puede sentarse porque el dolor y la tension que produce el pus retenido le impiden; todos estos sintomas desaparecen cuando el conducto vuelve a abrirse; alarmado por estos sintomas, es que se obligado a buscar un medico.

Para hacer el examen del enfermo, existen dos posiciones, la del decubito dorsal que es la que Chassaignac prefiere, en esta posicion el enfermo se coloca en la actitud de la talla; la otra es la posicion lateral, este es la generalmente usada entre nosotros y creo que es la mas comoda tanto para el

6

medico como sera el paciente; procediendo de esta manera, se coloca el enfermo acostado sobre la pierna del lado enfermo, teniendo este miembro bien derecho y al borde de la cama, el muslo del miembro opuesto flexionado sobre el vientre y la pierna sobre el muslo, una vez asi colocado, se toma un estilete fino y se procede a buscar el aspecto externo del orificio de la fistula que sera facil encontrarlo si se recuerda la anatomia patologica de estas lesiones; una vez encontrado el orificio externo, se introduce el estilete muy suavemente y sin forzar, por temor de formar un falso trayecto, pasando la punta del estilete por todo el trayecto se reconoce a qual de las variedades pertenece, diagnosticada la variedad se procede a comprobar si es completa, para esto se unta el dedo indice con un poco de aceite o de vaselina y se introduce en el recto, se busca la punta del estilete o bien la informacion del orificio interno; por medio de todos estos procedimientos, se diagnostica el genero y las variedades de fistula.

Para hacer el Diagnóstico de si la fistula es tuberculosa ó no, se fija la atención en el aspecto de esta; la fistula tuberculosa esta caracterizada por sus bordes separados, irregularmente recortados, los esfínteres tienen poca resistencia, los pulsos de la region anal son mas fuertes, mas largos, mas sebosos que en los individuos bien sanos y a mas de todo esto, el examen general findet sanos tubaria mas duros.

Diagnóstico.

Las fistulas si no son operadas, casi nunca tienden a la cicatrización; en algunas personas pueden persistir durante mucho tiempo sin alterar en gran manera su estado general, merced al caso. Las infiltraciones y los flemones nuevos agravan el Diagnóstico, en este caso las fistulas si simples que eran, se convierten en complejas y de ramas multifiles.

En los tuberculosos el pronostico se hace todavía mas serio y en estos casos se debe aconsejar al paciente que se opere lo mas pronto posible, apesar de que se cree que en estos no llega a cicatrizarse, pero yo crey que no solo cicatrizaron, sino hasta se mejoran en su estado general, sembrado por una supuración tan fastidiosa y tenaz. En las personas en las que las lesiones pulmonares

están muy arangadas, está contra indicado toda operación.

Oretamiento.

No podré hacer una descripción detallada de todos los procedimientos que se han practicado desde Gibourel hasta la época actual, me ocuparé solamente de los procedimientos que en el presente se usan.

El manual operatorio es casi el mismo en toda clase de fistulas seano, con muy poca diferencia según la clase y variedad de fistula.

Dare a conocer algunos métodos empleados antiguamente y que todavía actualmente emplean algunos. Tenemos en primer lugar las catarizaciones al nitrato de plata, lápiz de minium, pasta S. Viena, cloruro de zinc, las inyecciones de tintura S. iodo, de aguas sulfúreas; en seguida tenemos la ligadura simple muy recomendada por Celso y Cericena, la sección al aplastador lineal S. Chassaignac, la operación es muy lenta y los dolores muy agudos, las operaciones practicadas por medio de los jeringótomos.

El manual operatorio en el tratamiento de las fistulas seano es muy sencillo, una vez hecho el examen previo se procede a la administración de un purgante el día anterior, en la mañana del día de la operación se le ponen una ó varias lavativas de agua para limpiar bien la extremidad inferior del tubo digestivo; hecho esto se procede a rasurar completamente el perine y los contornos del ano, unas veces es necesario la cloroformización, especialmente cuando se trate con enfermos consilárimos ó con las del sexo femenino, otras veces no es necesaria sino la anestesia local formada de la cocaína.

Colocando el enfermo acostado sobre el miembro del lado enfermo, el muslo completamente extendido y el otro del lado sano completamente flexionado; una vez puesto colocando delante del enfermo separa la malga operaria, en seguida se introduce el especulum ani bivalvo de Grelat, puesto así á descubierto el conducto del recto, se introduce un cojín de algodón iodoformado ó hidrófilo para impedir que algún resto de materias fecales pudiera ensuciar el campo operatorio, robarlo S. Todas estas precauciones, se deslizan por el orificio externo siempre que la fistula sea ciega externa ó completa, en el caso contrario se procede

abuscar el orificio de la fistula ciega interna y en este caso se procede de dentro hacia afuera, este es pues una de las diferencias en el manual operatorio.

Como en la descripción hemos tomado como tipo la fistula completa y como las diferencias en el manual operatorio son tan pequeñas, este mismo nos servirá para el tratamiento. Como decía, se introduce por el orificio externo una sonda acanalada, que para este caso se elige una que sea maleable y flexible; otro auxiliante se encarga de tomar y mantener fijo el especulum; preparado de esta manera se procede a operar.

Otro vez pasare a ocuparme de los tratamientos que en el día de emplean, ellos son tres; 1º por la incisión por el bisturi solo o agregado a la eliminación de los bordes por medio de los tijeros; 2º la incisión por el bisturi y el resto hecho de los bordes y callosidades o tegidos innervados por medio de la cuchilla de Holtmann y 3º el subridamiento por el termo-centro de Pagnelin y la destucción consecutiva del trayecto, bordes y callosidades de la fistula.

Daré a conocer la facilidad, la comodidad y superioridad de cada uno de estos procedimientos operatorios:

1º La incisión por medio del bisturi tiene la ventaja de ser el más sencillo, porque no se necesitan mas instrumentos que un especulum y muchas veces este instrumento es inutil, porque introduce la sonda acanalada en la fistula la sonda completa e introducido el s. do indice si la mano izquierda, toma la punta de la sonda se invierte hacia afuera del ano, toma la punta de la sonda se hace la incisión en dirección si la paleta, para de esta manera poner en dalo los tegidos rectos. En esta clase de operacion, la curacion es muy larga y dura segura para la cicatrizacion, si se agrega la eliminación de los bordes por medio de los tijeros de curva o recta, tiene el inconveniente de ser muy dolorosa y sangrienta a esto se agrega que la eliminación de todas las partes innervadas es imposible y como resultado la cicatrizacion tardia. La contusion y mortificacion de los tegidos, la poca antisepsia empleada en el bisturi y los tijeras puede llevar la erisipela, la infección lentita; como consecuencia inmediata si la incisión viene la hemorragia, tan fisiológica a consecuencia de la rica vascularización de esta region.

2º La incision por el bisturi y seguida del raspado, es una operacion mas complicada, porque en primer lugar se necesita mas utillaje y mas numero de ayudantes, tales por ejemplo un espeulum bivalvo y para sostener este espeulum un ayudante, por lo que toca al primer tiempo de la operacion es el mismo que en el procedimiento anterior; la eliminacion de los tejidos indurados formado si la cuchilla es muy cruenta, excesivamente dolorosa y queda el peligro de perforar la mucosa por la aplicacion un poco fuerte de los bordes si la cuchilla, la hemorragia es mayor todavia que en la eliminacion por las tijeras, el traumatismo mayor y por consiguiente las complicaciones pos-operatorias, tales como la crisisela, la infeccion fulminante mas probables; en este procedimiento la cicatrizacion es completa pero un poco lenta por haber mayor superficie cruenta.

3º Las operaciones practicadas por medio si la cuchilla del termo-canteno de Gaquelin, es cierto que necesitan un utillaje mayor y un mayor numero de ayudantes, pero en cambio es el procedimiento mas seguro para la destruccion si las partes induradas si la fistula, para la cicatrizacion mas rafida, porque la aplicacion se estira en la cuchilla mas de sustuir completamente todo el tejido calloso, sirve para arrivar las paredes atonas si la fistula y contribuye si este maneno a la pronto formacion si los botones carnosos; como esta cuchilla esta encendida hasta el rojo sombra divide los tejidos y al revés haciendo la hemostasis d. la parte incidiada manera que la operacion se hace por decir asi en blanco; no existe el temor si poder perforar el intestino, porque no es necesario canterizar profundamente si sustuir solo todo el tejido indurado el que se efectua pasando superficialmente por todos los sitios; debajo de la escara formada por la destruccion si los tejidos y resguardada por este, si forman botones carnosos exuberantes, por lo que toca a los complicaciones pos-operatorias no son muy de temor, porque aqui el unico instrumento que se hace uso para incidir es antisепtico si.

El material operatorio es casi el mismo que en los otros procedimientos la curacion es identica en todos los procedimientos que se emplean para desbridacion si las fistulas de am. tales son por ejemplo regimen interno, preparacion orinares, antisépticos intestinales; dietetica, leche y

10

y sustancia si posible es durante todo el tiempo que dure la curacion, para no dar lugar a la formacion de escrotos y que estos al pasar por la herida ensucien e impidan la pronta cicatrizacion.

La curacion externa consiste en la aplicacion de polvos de aluminio para que sirva de antisепtico y anestesico local, un buen tapón de hilas barnizadas con vaselina isoformada, gasa iodoformada, para impedir que se formen adherencias, se reenvuelven los bordes y se pegan a un nudo traje de fístulos; por encima se todo esto, una cantidad de algodon higrófilo o isoformado y para sujetar una venda en T.

En conclusion Siré, que el tratamiento de las fistulas de ano, sobre el termo-contrario, es superior a cualquier otro tratamiento, por ser menos doloroso, mas seguro para la curacion y porque conforme se van incidiendo los tejidos se hace posible la hemostasis.

Observaciones clínicas.

Obstetricia nº 1



Luis Moratto, de Austria de 37 años, minero, casado, de temperamento sanguíneo, de constitución fuerte; entró al hospital de "Guadalajara", departamento del Dr. Cárdenas, sala de S. Jorge, cama nº 20, el 19 d. Junio de 1892.

Antecedentes. Interrogado de si conocía a sus padres y si estaban vivos, contestó que sí, que gozaban de buena salud hasta mientras estuvo en su país, porque desde entonces a este punto no sabe más de ellos. El dice no haber tenido más enfermedades que un chancro y 4 ó 5 hemorragias y que su enfermedad actual no data de más de dos meses antes, que al estar bañando el pie en el río "Quisquira", sió un resbalón y cayó dentro, como el golpe no fué tan fuerte continuó en su tarea; al día siguiente partió el río del puerto del Callao y en la noche sintió mucho dolor en el pie, tuvo fiebre e insomnio; al día siguiente al tocar ese sitio, notó una parte dura y dolorosa y se pusieron mas cataplasmas de ajo con leche, con esto desapareció un poco del dolor y en la noche pudo conciliar el sueño, pero no por eso dejó de tener fiebre y algunas incadas en el lugar indicado, al otro día notó que la dureza había desaparecido, pero que en cambio existía un tumor blando que al contacto de la mano o cualquier otro objeto le daba muchas incadas, también le era muy doloroso al caminar y como no podía desembarcarse continuó con las cataplasmas y al quinto día resentó estando andando, inmediatamente fué a su camarote y notó que había desaparecido el tumor y que sus calzoncillos y muslos estaban llenos de hinchazón; en la noche durmió bien, no tuvo fiebre y con esto motivo se despidió completamente pero si, siempre reia que sus calzoncillos estaban hinchados; asándose de vez en cuando permaneció con su fistula durante dos meses a bordo, hasta que tres días antes de su ingreso a este hospital, se le hinchó de nuevo y tuvo dolores muy fuertes y fiebres, vióse de esta manera obligado a ingresar a este hospital en la fecha mas arriba indicada.

Estado actual. Despues de la relación tan minuciosa, se procedió al examen una vez puesto el enfermo en la posición conveniente, tomó un estilete y reconoció

12

el orificio externo se introdujo en seguida en la fistula, para reconocer si era completa, el dago untado de aceite se introdujo en el recto, después de haber recorrido el estilete en todas direcciones no se encontró nada que pudiera indicar la existencia de un orificio interno y después de este examen se diagnosticó fistula de ano ciega externa.

En ese mismo dia se le administró un purgante de ricino sesenta gramos, como alimento leche y caldos, también se ordenó que al dia siguiente bien temprano de le pusiera una lavativa abundante de agua fría; llegado el momento de operar, se hizo colocar al enfermo sobre el decubitus lateral izquierdo conforme mandan las reglas, en seguida se introdujo el especulum bivalvo del profesor Grelat poniendo de esta manera á descubierto el orificio y trayecto de la fistula, en seguida se introdujo la sonda acanalada, teniendo la cuchilla del termo anterior calentada al rojo sombra, se procedió á hacer la incisión habiendo antes ordenado al enfermo permanecer quieto; signando por la canal de la sonda se desbridó la fistula e inmediatamente se procedió á destruir todo el tegido callosos, en seguida se procedió á hacer la curación con polvos de alicant y ungueso kapon de hilas, un poco de algodón fenicado y una vendaje en T.

El tratamiento interno, opio 0.05 alterna, como alimento leche.

El dia 21 se procedió á hacer la curación, una vez lavada la herida, se vio una superficie rojiza y se hizo la misma curación que el dia anterior, el regimen interno el mismo, la alimentacion la misma.

Con el mismo tratamiento y la misma curación siguió hasta el dia 25, que en la noche tuvo necesidad de desponer.

El dia 26 en la mañana se descubrió la herida y se vieron exuberantes botones carnosos los que fueron trucados con el nitrito de plata, la curación se hizo con vaselina iodoformada; el regimen interno el mismo que el de los dias anteriores.

Con este tratamiento y ligeros toques con nitrito de plata se siguió hasta el 30 y en este dia pasó su alta, quedando completamente cicatrizada la herida.

Historia 12º 2

Miguel Sepulveda, de Ugrique de 32 años, jornalero, soltero, de temperamento linfático, de constitución débil, entró el 3 de Agosto de 1892, al Hospital de "Guadalupe", sala de Sⁿ Juan, como N^o 7 departamento del Dr. Cárdenas.

Antecedentes. No ha conocido a sus padres, se costumbres alcohólicas, ha sido algunas veces de neumonía, ha hecho sangre por la boca en dos ocasiones, sufre constantemente de los con espesos amarillentos y se ven cuando con rastros de sangre; no sé cuánto de que le ha resultado la fistula que tiene, fue advertido solo cuando el pus se abrió paso al exterior, interrogado si algunas veces había hecho pus junto con los escrementos, contestó que nunca ha tenido preocupación de fijarse porque nada le molestaba en esa región.

Al examen del enfermo se nota la notable demarcación en que se encuentra, en los pulmones se oye un soplo aurífero y algunos chasquidos alrededor de esta caverna, por lo demás todos los aparatos están en buenas condiciones ó al menos no hay nada que indique que ninguno de ellos está enfermo. En seguida se procedió al examen de la región y se diagnosticó fistula completa.

Como se resolvió hacer la operación, se le prescribió 45 gramos de ricina y por alimentos caldos y leche, para el día siguiente temprano una lavativa abundante d. agua fría.

El día 4 se trasladó al enfermo a la sala de operaciones para mayor comodidad, una vez colocado el enfermo en la posición conveniente, se introdujo el speculum bivalvo de Grelat, además se abrieron las valvas salió un poco de escremento que había quedado en el recto, se limpió bien y por precaución se introdujo un buen tapón de algodón.

Estando todo preparado de procedió a la operación, se introdujo la sonda unicamada y se dirigió con la enchilla del termo-cantericio después de esto se quitó la sonda y se destruyó completamente todo el tejido infundido de la fistula, en seguida se procedió a la curación con polvos de alcomfor, un tapón grueso d. hilas con vaselina; como régimen interno se administró iodoformo y opio a 5 centigramos di cada uno fibrofusito de sodio 50 centigramos en los alimentos; como alimentos leche y sustancia.

El día 5 se quejó por haber dormido mucho en la noche, por esto se le dio una cuchara d. jarabe de morfina en la noche; la herida principió a limpiable y se le hizo la misma curación; el régimen quiso el mismo que del día anterior.

El 6 como la superficie de la herida estaba completamente limpia se principió a curar con iodoformo y vaselina.

~~VX~~
El dia 1 y 8 quedó en el mismo tratamiento, el 9 en la tarde defecó y se
sintió que hacer otra curación, el régimen interno quedó el mismo.

El 10 se vió que los botones carnosos estaban exuberantes y se pasó
en el nitrato d. plata, la alimentación y el régimen interno el mismo; así
siguió hasta el 16, día en que se vió que estaba completamente cicatrizada
la herida, se le quitó el opio y se le sirvió segunda ración.

El 17 como el enfermo manifestó tener mucho apetito, se le sirvió
cuarta ración y chocolate.

El 18 se dió orden de que lo pasaran al d. Departamento d. medicina
para que siguiere curándose d. la tuberculosis pulmonar.

Historia 12^o 3.

Santiago Gil, de Cañete, de 28 años d. casado, jornalero, soltero,
d. temperamento linfático, d. constitución regular; entró al hospital d.
"Guadalupe" el 6 d. Agosto d. 1892, da la d. Sⁿ Antonio, carnet N° 247
Departamento d. l D^r Cantuarias.

Anamnesia. Su madre murió d. fiebre amarilla, su padre
vive, lo mismo que sus hermanos. Los que son muy sanos y nunca han
padecido d. mas enfermedades, que las tercianas; la fistula la tiene
hace cuatro meses y que a consecuencia d. haberse dado un golpe
en el ano le salió un pequeño absceso con ligera reacción febril; a los
4 o 5 días d. el golpe se abrió paso al exterior y creyendo que era un
ligero chubito no le sirvió ninguna importancia y continuó trabajando,
hasta que viendo que no cesaba la supuración y se enflaquecía
todos los días más, se decidió a entrar al hospital.

Al examen presentó el orificio externo en el lado derecho y un poco
atrás, introduciéndole una sonda acanalada se vió que era una fistula ciega
externa, pero introduciéndole el dedo en el ano para ver hasta donde iba el
trayecto y retirándole la fistula de arriba abajo salió la punta de la
sonda a dos centímetros por debajo del fondo de saco superior, d. buscaron
en vano otros trayectos; después de este examen se diagnosticó fistula com-
pleta, d. resolvió operar al día siguiente, y siguiendo los preceptos de
cirugía se administró un purgante de ricino 60 gramos y una
laxativa d. agua fría al día siguiente temprano.

El 1 se convocó al paciente a la sala de operaciones, donde después
d. haberlo colocado en el decubitus lateral derecho, se introdujo el espárrago

✓

anir, y una vez mas se procedió a reconocer todo el orificio, no se notó nada mas anormal que el orificio interno de la fistula; estando todo preparado se procedió a practicar la operación y se desbridó la fistula con la cuchilla del termo contrario de Gaynor, después de haber destruido las partes callosas y el fondo d. Iaco fistuloso, y antes de sacar el espejulum se introdujo un grueso tapón de hilas, en seguida se pusieron todas las demás piezas de curación que son bien conocidas. El trastamiento interno y unico que se extrajo d. Iaco iba dos centímetros en alterna, como alimento leche en cantidades y consistencia.

El 8 y demás días hasta el 17 se siguió curando con vaselina iodiformada, el régimen interno el mismo, la alimentación la misma, en este día botó un poco de excrementos, la herida estaba limpia y llena de botones carnosos los que se tocaron con nitroto de plata.

El 18 y los demás días hasta el 25 continuó con el mismo tratamiento interno, la misma alimentación, toques con nitroto de plata alternados un día si otro día no y la misma curación.

El día 25 estaba la herida completamente cicatrizada, se le quitó el apósito y se sustituyó por poción Iacond 30 gramos alterna, como alimento segunda ración y leche.

El 28 pidió su alta y salió completamente restablecido.

Historia 12º H

Justo Ibáñez, Alemán, de 50 años, marinero, soltero, de temperamento sanguíneo de constitución fuerte; entró al hospital de "Cinadapulé" el 18 d. Agosto de 1892, Cama 114, sala d. S. Jorge Departamento d. P. 29º Cárdenas.

Antecedentes. No da casi ningún dato por no saber hablar español, lo unico que dice es haber padecido siempre de almuerzos como efectivamente hay dos pequeños fuera del esfínter del ano.

Al examen se nota el orificio externo en el lado derecho y en la parte media, introducidos la sonda y el dedo se comprobó que es completa simple, en este día se le administró un pungente o leoso, como alimento caldos y leche.

El 19 muy temprano se le puso una lavativa pungente y quedando ala sala de operaciones se procedió a operar previo cumplimiento de las reglas

16

* quirúrgicas, terminada la operación, se hizo la curación ordinaria; el régimen interno, la dietética y las curaciones idénticas á los casos anteriores.

Con el mismo régimen interno y externo, continuó en el hospital hasta el 15 d. Setiembre d. l mismo año, día en que salió curado.

Historia 12º 5.

Carlos Green, Ingles, Se 38 años, marinero, soltero, de constitución fuerte, d. temperamento nervioso; entró al hospital de "Guadalupe" el 5 d. Enero d. 1893, sala de Sⁿ Jorge, cama N° 109, departamento del Dr. Cárdenas.

Anamnesis. Hasta datos minuciosos para hablar español, pero sin embargo dice que sus padres son completamente sanos, que él no ha tenido sino chancros y hemorragias repetidas veces, que la fistula que tiene es el resultado de una caída que tuvo dentro de los palos de su buque y que en esa region se le formó un absceso y que reventó por dentro del ano un dia que fue al escuado, pero que á los pocos días de esto sintió muchos dolores y fiebre y se abrió también al exterior; por este conducto salieron materias fecales y pus. muy fétido, desde entonces que hacen mas de seis meses no deja d. supurar un solo dia incomodando mucho.

Colocado el enfermo en el borde de la cama se procedió á reconocer y se vió el orificio externo que estaba en el lado izquierdo y un poco adelante, se introdujo la sonda y en seguida el dedo en el ano e inmediatamente se encontró la punta d. la sonda á dos centímetros por encima del esfínter del ano, buscando si había otro trayecto, se encontró uno dirigido á la parte posterior ó comisura posterior del ano.

En este dia se le administró un purgante oleoso y se le dejó á carnos y leche. El 8 muy temprano se le puso una lavativa abundante de agua fría la que acabó d. lavar la ultima porción del intestino.

Colocado el enfermo en el borde d. la cama y en el decubitus lateral izquierdo se introdujo el especulum ani en seguida se introdujo la sonda en la fistula, se inclinó bien abajo la paleta de la sonda y se sacó la punta afuera, una vez hecho esto se procedió á desbridar con la cuchilla del termo-conector, en seguida se buscó el otro orificio y

~~17~~
Tambien se desbridó.

Terminada la operacion, se hizo la curacion con un tapón grueso de hilas con vaselina iodiformada, una cantidad de algodon hidrofilo una compresa y una venda en T, el regimen interno polvos de opio cinco centigramos alterna, el regimen dietetico leche y sustancia en cantidades.

Con el mismo regimen, el mismo metodo de curacion se siguió hasta el 12 dia en que se tocaron los botones carnosos y asi se siguió hasta el 26 en que cicatrizó completamente y para quedar mas satisfechos introdujimos el especulum ani y comprobamos la realidad.

El 27 se le suspendió completamente el opio, se le dio en pocion tónica 30 gramos alterna, tanto S. potasa y fierro en los alimentos, el regimen dietetico se aumentó gradualmente.

El 30 salió completamente establecido, su aspecto demacrado y pálido había desaparecido y cambió por un color rosado propio de la raza.

Historia 12º 6

Goribio Pichán, de J-Buacho, de 45 años, soltero, pescador, de temperamento biliosanguíneo, de constitucion fuerte; entró el 8 de Abril 1893 á ocupar Pacana N° 4, sala de Sⁿ Juan en el hospital de "Guadalupé", Departamento del Dr. Cárdenas.

Antecedentes. Su madre murió de neumonia, su padre vive, es sano y tiene 108 años; él no ha tenido ninguna enfermedad en los pulmones, de costumbres alcoholicas, ha tenido 3 chanlos fuertes en el pie. Se los quedan las callosidades, ha tenido bubones indolentes y perianevritis suscitadas y consecuencias, se notan las cicatrices de los desbridamientos, ha tenido y tiene almorranas. Dice que un día después de una borachera que tuvo, se le inflamaron las almorranas y una de las mas grandes se le salió fuera del esfinter del ano, estaba á punto de estrangularse y un medico después de una larga maniobra logró introducirla, pero después de varios días notó que salía un liquido caliente que le mojó las muletas y el calzoncillo, se fijó á su casa y dijo á su mujer que le vieran que tenía en el ano, estuvo al comprimir un punto rojo que notó que salía un pus sanguinolento; se hizo lavar y se puso una cataplasma, al dia siguiente volvió á entregarse á su ocupacioniliaria; a pesar de que notaba siempre

18

algunas manchas de pus, no hizo caso y continuó trabajando; al cabo de 25 ó 30 días viendo que no desaparecía la supuración y notando sus fuerzas un poco debidas decidió entrar al hospital.

Al examen se notan tres ó cuatro pequeños hemorroides externos no congestivos y en medio de ellos y al lado derecho se nota el orificio externo de la fistula, colocando el enfermo en el decubitus lateral derecho y después de ejecutadas todas las reglas dadas por la cirugía, se introdujo la sonda acanalada, la punta de la sonda no recorrió sino un trayecto de dos centímetros y lojo con el fondo se sacó de la fistula, se recorrió en diversos sentidos y no se encontró ningún otro trayecto, por medio del espejulio de Jusso notar algunas hemorroides ulceradas, después de este examen se diagnosticó fistula ciega externa simple.

En este día se le administró un purgante oleoso, como alimento caldos y leche; al día siguiente y se lo fuese bien temprano una lavativa de agua fría, a la hora poco más ó menos, se procedió a operarlo en su cama llenados los requisitos operatorios, se principió á desbridar la pared interior de la fistula en seguida se destruyeron las callosidades, también se curaron las ulceraciones hemorrágicas; terminada la operación se hizo la curación con el tapón de hilas barnizadas de vaselina no deformada, el algodón y la venda en T. Como régimen interno, se le prescribió polvos de opio 5 centigramos alterna, como alimento leche y sustancia.

Con este mismo tratamiento y las mismas curaciones se continuó hasta el 15 día en que se curaron al nitrito de plata los botones carnosos, se está manera y tocando un día si y otro día no con el nitrito de plata, se siguió hasta el 23, día en que al quitar el tapón se notó que estaba completamente cicatrizado todo.

En el día se le suspendió todo tratamiento y se dejó en fisionac 30 gramos alterna hasta el 26 día en que salió completamente curado.

Lima Noviembre 13 de 1893.

J. B.
Hillard

Félix M. Carrasco

Propietarios -
Dir. J. Yonovich
" H. A. Arce
" M. Ramírez Gómez

FACULTAD DE MEDICINA

BPS CA

No. de Inven. 11395

No. de la clasificación.....

