

esa posible etiología en su larga evolución a través de la que se van descartando espontáneamente algunas hipótesis del primer momento para recibir finalmente la sanción radiográfica aunque a distancia en el pulmón y mucho tiempo después, cuando el mismo proceso intestinal con apariencia de primario, clínicamente se había extinguido.

¿Habría sido éste, un caso de tuberculosis ileal primitiva y siembra pulmonar mediata cumpliéndose la tesis de quienes sostienen falta de valla linfática en el adulto o viejo por haber perdido densidad celular los ganglios mesentéricos?

Abonaría el carácter secundario de la lesión pulmonar la ausencia de signos clínicos y radioscópicos en este órgano durante toda la asistencia de la enferma por su fístula pio estercoreal y las revelaciones radiográficas tardías en el año 32 de tipo difuso y posiblemente subagudo.

De todos modos no es la tuberculosis el motivo principal de esta reseña sino el accidente por el que se proyectó el proceso ileal sobre la pared del abdomen, provocando un flemón gaseoso que simula una vejiga llena al ocupar plenamente la cavidad de Retzius y dándonos sobre esta cavidad lo que disecciones y artificios de anfiteatro no habían logrado, la convicción de su realidad.

El mismo Tillaux, ante una observación análoga, no hubiera empezado su página sobre flemones del Retzius, discutiendo a este espacio, la denominación anexa de cavidad. Nosotros diríamos espacio, mientras ofrece expansión fisiológica, a la vejiga y en tanto es proficuo clivaje subperitoneal quirúrgico; pero cavidad en potencia realizable integralmente en circunstancias como la del caso.

En resumen: un neumó Retzius Charpy, consecutivo a la perforación de una de las últimas asas ileales por probable úlcera tuberculosa.

Magnífico hecho de anatomía refleja, de esa anatomía que nos devuelve la clínica compensada en los servicios que le presta; anatomía más definida y convincente.

---

### *Estenosis rectal*

Por el Prof. A LAMAS

En los servicios de adultos, no es frecuente observar atresias y estrecheces ano rectales de origen congénito. Generalmente, son de causas neoplásicas, inflamatorias, cicatriciales, entrando en las últimas todas las ulceraciones capaces de dejar una retracción al curar. También puede darlo la enfermedad de Fabre a quien hacen respon-

sable de muchos sífilomas ano - rectales, cuando se niega a estos personería en otro tiempo muy en boga.

Quiero destacar entre las causas de estrechez, un traumatismo quirúrgico acusado implacablemente de producirla y a mi juicio con notoria injusticia.

Me refiero a la operacion de Whitehead. Barton en 1894 (Filadelfia) dijo mal de ella. Forgue (1928) repite la acusación y no se describe su técnica sin señalar tan gruesa falla.

Pues bien, hace como 40 años que tanto yo como los cirujanos de mi promoción practicamos el Whitehead y afirmo que nunca he visto una estrechez. Y es bueno hacer constar que hubo una época bastante larga de nuestra historia quirúrgica en que toda la cirugía se concentraba en Montevideo y un reducido número de cirujanos la monopolizaban. Me he preguntado más de una vez si no ocurrirá con la hemorroides lo que pasa con las hernias. Enfermos y aún jefes de servicios consideran operaciones banales las que requieren tales afecciones, y digámoslo con franqueza, son confiadas, más de una vez, a quienes les falta aún madurar su preparación quirúrgica.

Y pidiendo disculpa por esta digresión que es para mí el cumplimiento de un autocompromiso, pasemos al caso que motiva esta corta nota clínica.

**C. M.**, uruguayo, agricultor, casado, de 26 años, ingresa a la Sala Artigas el 26 de julio.

Desde hace cuatro años tiene dificultades para la evacuación intestinal y es tratado por laxantes, enemas y dilataciones. Como esto va en aumento decide hospitalizarse. He aquí los antecedentes que amablemente ha enviado el Dr. Pena, "Hospital Pereira Rossell. Sección niños. Ingresa a los tres días de nacer el 2 de marzo de 1908. Viene por imperforación anal. Examen: Cianosis de los labios, manos y piel. Abdomen muy distendido. Cordón negruzco con fetidez. Viene envuelto en trapos con aceite. Escroto bien conformado, presenta eritema simple. Testículo con líquido en sus vaginales. Prepucio corto como en los hipospádicos. Meato normal. En el rafe mediano del periné, a un centm. del escroto hay una parte espesada de 1 ½ centm. No hay depresión ni se distiende con los esfuerzos.

Operación: Anestesia con unas gotas de cloroformo. Incisión mediana desde un centímetro atrás del escroto hasta pasar el coxis. A cinco centm. de profundidad sobre la cara anterior de la región inferior del saco, se nota la ampolla que se pone tensa con los esfuerzos. Se libera fácilmente hacia atrás y a los lados, lo que permite movilizarla hacia abajo y fijarla con dos puntos de seda. Se incide y sale gran cantidad de meconio. Se ponen 6 puntos de seda que unen la mucosa a la piel. Se deja un tubo de goma dentro del recto. A las 8 p. m. llevan el niño a la Estación Capurro, donde estaba la madre para que lo alimente.

Mayo 18 1909. — La madre nos dice que el niño fué atendido y siguió bien hasta hace cinco días, en que apareció un eritema perineal y constipación con bolos fecales muy secos, acompañando una infiltración perineal que se abrió en la parte anterior del ano decolando la piel de la mucosa y dió salida al pus. En la explo-

racion se nota la comunicacion de la cavidad del absceso con el intestino. **El esfínter es continente.** En mayo y junio se hicieron curaciones del absceso y dilataciones del ano con sondas metálicas por haber tendencia a la retención fecal.

Julio 30 1909. — Niño con estado general espléndido. Presenta un orificio anal de un centm. de diámetro. Las defecaciones se hacen bien. Hace un mes que no se dilata.

Año 1930. — Sufre de estrechez anal que empieza a incomodarlo. Se aconsejan dilataciones, laxantes y evacuaciones de la ampolla."

Como vemos por los datos transmitidos se trata de una ausencia de año y recto operado con éxito por el método clásico. Hay luego un episodio inflamatorio con absceso abierto en el intestino (un año después de operado) y tendencia manifiesta a la estenosis tratada en diversas oportunidades por la dilatación. La historia no habla de comunicaciones anormales del intestino, pero interrogado el enfermo cuenta haber visto varias veces en su orina la presencia de materias fecales.

**Historia actual.** — C. M., de 26 años de edad, casado, uruguayo, agricultor ingresa el 26 de junio a la Sala Artigas porque desde hace cuatro años sufre dificultades para la evacuación intestinal que es combatida por laxantes, enemas y dilataciones.

El enfermo presenta un buen estado general. A la inspección el ano está representado por un pequeño orificio bien bordado de mucosa no inflamada. Se practican los exámenes corrientes y se interpreta una radiografía del Dr. Barcia que muestra una gran dilatación supra - estrictural.

Los ensayos hechos en la Sala para dilatar la estrechez con bujías Hegar, no permiten pasar del N° 14 y eso que se intentaron hasta con anestesia epidural, por todo lo cual se interviene.

**Operación.** — Agosto 7 1934. Anestesia epidural perfecta (interno Karlen). Incisión curva posterior circunscribiendo el ano. Por el tacto apreció un anillo fibroso extremadamente duro que rodea el orificio anal como lo haría un alambre de Thiers muy cerrado para curar un prolapso rectal. Incindo y reseco un segmento de este anillo. Las partes blandas perianales libertadas del agente compresor se expanden fácilmente pero el cilindro anal queda reducido a su diminuto calibre. Sus dimensiones adaptadas al anillo que lo comprimía, han adquirido forma permanente. Practico una rectotomía posterior y una amplia abertura permite apreciar la ampolla rectal que por su desproporción congénita y por la primera intervención (Dr. Pena) fué marsupializada al ano artificial practicado. Efectúo entonces una plastia de la mucosa uniendo por un punto de catgut la parte más alta de la mucosa incindida por rectotomía al punto correspondiente de la primera incisión curva posterior, completando la sutura de la mucosa al reseco de la incisión posterior.

Considero la interposición de esta plastia como un obstáculo a la reconstitución del anillo fibroso. Se coloca un grueso tubo de goma para la mejor aplicación de las superficies cruentas.

En resumen: aplicación de una de las numerosas operaciones con que se ha luchado contra la tenacidad de las estrecheces ano-rectales.

Post operatorio normal a no contar una ligera retención de orina que duró dos días.

No se me oculta que el tiempo transcurrido es muy breve para hablar de éxito, pero he querido que se aprecie el resultado inmediato y sobre todo la perfecta continencia obtenida casi inmediatamente y que a mi juicio se debe no a una hipotética persistencia del esfínter — difícil de comprender en casos de ausencia ano-rectal — sino a una suplencia del elevador del ano, como opina el profesor Delbet. El tacto rectal permite en este enfermo observar el calibre adquirido y la acción muscular que lo hace continente.

Las figuras que acompañan esta nota se deben al lápiz virtuoso del estudiante de medicina Sr. Guagliarone.

### *La Redacción del Boletín*

El Dr. Diego Lamas ha renunciado a la jefatura de la Redacción del Boletín de la Sociedad de Cirugía, cargo que desempeñaba desde su fundación en enero de 1930.

Abandona esta hoja en momentos en que más necesario era el concurso de su actividad y su experiencia, dado la multiplicación del número de sesiones de nuestra Sociedad y la afluencia inusitada de trabajos que se registraron en la Secretaría General.

Honrados por la Asamblea que nos encomendó la Dirección del Boletín, no ignoramos las dificultades que será necesario vencer para mantenerlo en consonancia con el ritmo de trabajo de la Corporación de la cual es órgano oficial; este ideal debe ser alcanzado y en su procura no escatimaremos esfuerzos, confiando ampliamente en la concisión y buena voluntad de sus colaboradores, para realizar esta concordancia.

**P. Larghero Ibarz.**