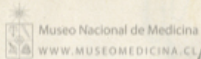


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

12 junio 1877

132

Tisuras del ano



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Memoria presentada por Manuel
Antonio Cañas a la Universidad de
Chile para optar el grado de licenciado
en la facultad de medicina.*

año 1877



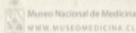
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cañas Manuel Antonio



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



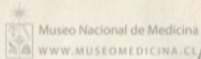
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

12 junio 1877

132

Tisuras del ano



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Memoria presentada por Manuel
Antonio Cañas a la Universidad de
Chile para optar el grado de licenciado
en la facultad de medicina.*

año 1877



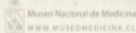
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cañas Manuel Antonio



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Prietas del ano

Señores:

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cumpliendo con lo que disponen los reglamentos universitarios que exigen la presentación de una memoria para obtener el grado de licenciado, vengo a ofrecer un pequeño estudio sobre las fisuras del ano. Primeramente va a decir algo acerca de su historia.

Antiguamente esta enfermedad era considerada como dependiente del hígado, del bazo, de la sífilis. Ninguno de los libros antiguos hallan de esta enfermedad i si alguno la mencionan no la describen.

Aetius quiere muchas veces hablar de ella, pero tampoco la describe. Avicenne enumera las causas; Albucasis, Grueling se ocupan del tratamiento; Sabatier, en su tratado de Medicina Operativa, dice que las fisuras en la mágen del ano son más dolorosas i difíciles de curar.

En 1689, M. Lemonnier, en su tratado de las Fístulas del ano, observa que las rasgaduras o fisuras son pequeñas úlceras dolorosas, puntantes i sin eminencia, que siguen la longitud de los pliegues del fondo, i que se asemejan a las hendiduras producidas por el frío en los labios o en las manos, causadas por endurecimiento de las materias fecales acumuladas en el recto; reducidas después por exceso de calor que dan detumidas en su sitio i escorrian la mágen del ano. Como Oree que esta enfermedad es constituida por la hipertrofia de los lo-

lobullos laterales de la próstata i que el enfermo al ir al baño sufre fuertes dolores al tratar de espeler las materias fecales i que a esta causa es, sin duda, a la que atribuyen el dolor. Copeland como otros autores, la confunden con las rasgaduras i otras ulceraciones del ano.

Mrs. Blandin, lo mismo que Mr. Berroz de Chequin, piensan que las fisuras situadas por encima o por debajo del esfinter forman una afección ligera que sana por los medios sencillos o espontáneamente, i que las fisuras señaladas por Boyer ofrecen una serie de inconvenientes. Velpeau no acepta esta distinción por ser de mera fórmula i de pura especulación. Andral considera la clasificación de Blandin en super e infra esfinterica de la mayor importancia.

Boyer fue el primero que describió de talladamente esta enfermedad en el año 1822. Este cirujano considera la contracción de las fibras del esfinter como la principal causa de las fisuras del ano; pero muchos otros cirujanos no admiten esta afección. Velpeau cree que las rasgaduras se irritan por el paso de los residuos alimenticios i amenazan una contracción de los músculos subyacentes; pero no comprende como un mánoso muscular contraído pueda acarrear las gritas del ano.

A pesar de las numerosas observaciones practicadas por Boyer, pues trató mas de cien casos de fisuras del ano, jamás probó en el ^{com} estudio la pertinencia de sus afección. Así es que esta enfermedad, señores, permanece todavía envuelto en las tinieblas. Los cirujanos no han dicho hasta el presente la última palabra sobre esta enfermedad. Los rápidos progresos de la ciencia mé-

medica nos llevarán mas tarde al Conocimiento
Cabal de las grietas del ano.

¿Que se llaman fisuras del ano? — Para
comenzar entre ellos Jusselin, son pequeñas ulceracio-
nes estrechas i alargadas del orificio anal; pero,
segun otros segun la opinion de Boyer, es un
na constriccion espasmodica de las fibras cir-
culares del esfinter acompañada o no de pe-
queñas ulceraciones de la mucosa del orificio
anal.

Hay en las opiniones que se han emitido
de la clasificacion de esta enferme-
dad por los diferentes autores que se han
ocupado de ella. Mr. Blandin i Berrey la di-
viden, segun hemos dicho, en supra e infra espin-
tericas. Jusselin admite tambien dos variedades,
a las que da el nombre de tolerante e intol-
erante. Pero, para Boyer i Velpeau no existe
sino una sola clase, que es la intolerante de
Jusselin, el cual le da la denominacion de fi-
sura de Boyer.

En el curso de mi memoria adoptare
la clasificacion de Jusselin, describiendo por sepa-
rado cada una de esas variedades.

I^a - Fisura tolerante. - Causas. - Siendo dema-
siado numerosas las causas que producen esta
enfermedad, me limitare tan solo a exponer
las principales. Estas son:

- 1^a La herencia. Esta se manifiesta sobre todo en
los adultos, de los 25 a los 30 años; i si no apa-
rece en los niños es porque estos están some-
tidos a una alimentacion que hace que sus ex-
crementos líquidos, poco abundantes i blan-
dos, condiciones que cambian por completo
en el adulto haciendose mas espesos, mas
duros i abundantes, lo que hace difícil
su ejercicion.

2^o La sífilis, disentería. - 3^o El sexo. Es más común en la mujer que en el hombre. - 4^o Se brevia, muchas veces a consecuencia de tumores hemorroidales. - 5^o La constipación es también, según Bretonneau, una causa de esta enfermedad. 6^o Pueden considerarse, como causas ocasionales de ella, un éxito contra-natural, una desgarradura durante la defecación, un desgarramiento de la vejícula de herpes, cuando se extiende hasta el orificio anal i, por último, el herpes con eritema cuando existe acompañado de constipación, principalmente en los individuos de piel fina i delicada. 7^o El parto, cuando ha bajado el feto a la vulva. El perineo, fuertemente distendido, puede producir desgarraduras i ercciones ditas de la mucosa que llegan a constituir grietas, sobretodo en las mujeres desasiadas, que, estando constantemente humedecidas, impiden su cicatrización. - 8^o La vaginitis, en las mujeres poco asiadas, puede también dar lugar a las grietas del ano. - 9^o El frotamiento de una ferriaga puede ser muchas veces causa ocasionale de una fisura. - 10^o El vicio venereo es una causa de esta enfermedad, principalmente cuando la sanie del principio morbido se deposita directamente sobre el orificio rectal.

Anatomía patológica. - Se ve en el enfermo de lado, se rechazan fuertemente los glúteos i se obliga al paciente a hacer esfuerzos de defecación. Hecho esto, se nota de derecha a izquierda, un bulto, mas aminorando por detras que en cualquier otro sitio, una solución de continuidad ulcerosa que ya es rosada, vermaja i limitada por bordes, cuyo nivel es el mismo que el fondo, ya es gris i limitada por bordes cortados a pico.

Sintomatología. - Si se introduce el dedo en el recto experimenta el enfermo a la presión un dolor soportable i se nota un ligero endurecimiento que se extiende de un centímetro a ^{un} centímetro i medio, es decir, que no frasa mas alla de la porcion esfinterica del recto. Por otra parte el dedo experimenta en el recto la misma resistencia que en cualquier otro sujeto.

Respecto al diagnóstico i pronóstico de esta variedad de fisura ^{que} de mi cuerpo lo hare al tratar de la 2^a, es decir, de la intolerante.

Tratamiento. - Lo curan por medio de pomadas con glicerado de tanino i belladona, con enemas de morrocea, extracto i tint. de ratania, acompañadas de purgantes que tienen el objeto de hacer líquidas las deposiciones.

2^a **Fisura intolerante.** - Como las causas que producen esta variedad son mas o menos las mismas que dan origen a la 1^a, omitiré aqui hacer su enumeracion.

Anatomia patológica. - Grado de notable se presenta a la vista. En algunos casos tumores hemorroidales que no tienen relacion alguna con la enfermedad en cuestion; en otros se percibe en un punto del contorno del ano, ya a la derecha, ya a la izquierda, la extremidad inferior de la grieta alargada i paralela a la longitud del intestino. Pero en otras ocasiones todo es infructuoso, nada la hace visible.

Sintomas. - La introduccion del dedo en el recto es sumamente dolorosa, i si se le apoya sobre la grieta el enfermo trata de huir. No se siente sobre la membrana mucosa del recto ni tumor, ni dureza. No se reconoce la fisura sino por el dolor que provoca la presión que se ejerce.

Cada vez que el enfermo va al eseuado, pierde un poco de sangre i siente un dolor comparable a una sensacion de desgarradura o de una quemadura de las mas violentas. Este dolor es Cruel; continua de intensidad despues de la defecacion; se prolonga una, dos, tres horas i algunas veces hasta cinco o seis. Durante este tiempo es Continuo, i presenta a veces exaservaciones, durante las Cuales el paciente experimenta una sensacion de estrechamiento espasmódico del ano. La estacion sentada es imposible o muy difícil, la marcha aumenta los sufrimientos, los enfermos se ven obligados a acostarse: ya cambian a cada momento de posicion, descansando sobre las espaldas, sobre un lado o sobre el vientro. La accion de sonarse, estornudar tocer, la expulsion de los gases intestinales aumentan tambien el dolor. Algunas mujeres tienen convulsiones generales, i otras Caen en el desfallecimiento. Despues de la defecacion queda un dolor dilacerante, semejante a los producidos por una viva inflamacion. Boyer refiere la historia de una mujer que experimentaba un movimiento febril despues de cada defecacion. El uso de los tieños, de los alimentos Calidos tomados en gran cantidad exaltan el mal. Algunas enfermos no toman sino una pequeña cantidad de alimento por el recuerdo del dolor que les hace experimentar el acto de la defecacion. En algunas mujeres aumentan los sufrimientos en la época de la menstruacion. Se cuenta un caso de una Señora que cada ocho dias sufría mayores dolencias; esto era debido, sin duda, a la alteracion en su régimen.

El dolor que acompaña a las defecaciones albinas está en relación con su dureza. Sus materias más consistentes son detenidas por la contracción del esfínter; exigen grandes esfuerzos, i no son espelidas sino después de haberse ablandado con las inyecciones i con la evacuación de las mucosidades del recto. Muchas veces aumentan también los dolores aunque las deposiciones sean líquidas.

Después de cierto tiempo de enfermedad, los pacientes se enflaquecen, se hacen hipocríndricos i sufren retención de orina. Las mujeres se hacen cloróticas i anémicas, concluyendo por caer en el marasmo si se dejan abandonadas a los solos esfuerzos de la naturaleza.

Diagnóstico. — Las variedades de fisuras se diferencian por sus síntomas funcionales que llamamos espuectos. Entraremos a hacer el diagnóstico diferencial entre la fisura de Boyer el chanero i la neuralgia. El Chanero tiene sus caracteres propios que lo dan a conocer; pero, hecho fisurico más tarde, ofrece el diagnóstico dificultades, porque los caracteres fisuricos son los mismos, mas no los funcionales. El Chanero fisurico no es doloroso. Además los ananesticos del enfermo pueden esclarecer la cuestión.

Respecto de la neuralgia, la distinguiremos por la espontaneidad del dolor i su aparición a cualquiera hora del día o de la noche.

La fisura de Boyer se reconocerá por el vivo dolor que acompaña a la defecación, por las evacuaciones albinas por la ausencia de toda lesión en la estructura del ano i por la duración de la enfermedad.

enfermedad. Ofrece además un dolor fi-
jo en un punto cualquiera del orificio
anal. Otras veces una ulceracion super-
ficial.

Pronóstico. - Es grave cuando se deja aban-
donado a los enfermos a las solas
esfuerzas de la naturaleza. Hace a los
hombres hipocóndricos i dispepticos,
i a las mujeres anémicas i cloróticas.
Caen en el enflaquecimiento; el recuer-
do del dolor los priva del alimento;
pueden sucumbir por inanición.

Pero tratando la enfermedad por los me-
dios terapéuticos i quirúrgicos, el pro-
nóstico es siempre favorable.

Tratamiento. - 1º **Tratamiento.** Emplea purgantes
i en seguida la ratama en enemas i en formadas.
2º **Incision.** - Boyer la practica con doble fin:
primero, para cambiar una solucion de conti-
nuidad ulcerosa por una herida simple, cuando
existe la grieta; segundo, para agrandar el
orificio anal por cierto tiempo. Hacer tomar
al enfermo tres dias antes un purgante, i
en el mismo dia de la operacion, una la-
vativa, a fin de vaciar el recto. Volves al pa-
ciente como para la operacion de la fistula
del ano; intróduse el indice izquierdo en
el recto, previamente untado en aceite o
formada, i hace pasar la lamina de un bis-
turi abotonado; lleva el corte del bisturi
ya a la derecha, ya a la izquierda, i de un
solo golpe corta la membrana intestinal
el espesor del tejido celular i los tegumen-
tos, formando así un triángulo cuyo vé-
rtice corresponde al intestino i la base a
la piel. A veces, dice que es necesario
cargar la herida, lo que hace de un segun-
do golpe de bisturi. Cuando la constricción

es extrema hace dos incisiones, una a la derecha i otra a la izquierda, en seguida se coloca mecha sobre la herida i la afianza por medio de una Compresa. Es raro que venga una hemorragia. Si esto sucediera, bastaria una ligera Compresion para contenerla. Despues de tres dias, levanta el aparato i fusa con hiello untado en ceruto hasta que cicatrice la herida. Durante veinte dias, cura al enfermo varias veces al dia i lava la herida con agua de malva.

3.^o Caustericacion. -- Beclard empleo el nitrato de plata con buen exito, segun el; pero Mr. Richerant lo cambio en la Academia de Medicina de Paris.

4.^o Dilatacion gradual. El empleo de mechas aumentadas gradualmente hasta vencer la resistencia del esfinter ha producido, para Beclard i Maryolen, buenos resultados; pero en tres ocasiones que las empleo Velpeau le dieron resultados favorables, aplicando las mechas con belladona, ope i unguento de palo.

5.^o Excision. -- Tomase con una pinza de dientes de raton la estremidad de la membrana mucosa en donde se halla la fisura e excindasela. Este procedimiento Velpeau lo empleo en seis casos que no fueron completamente curados.

6.^o Incision subcutanea. -- Hágase en la piel, a centimetro i medio del ano, una incision que permita la introduccion del tenotomo. deslicese este instrumento de plano por debajo de la membrana mucosa, hasta mas arriba del esfinter; incindase el musculo ayudando la accion del tenotomo por una presion ejercida sobre el dorso con el indice izquierdo introducido en el recto.

El chasquido o la sensacion de una *resistencia* *verdadera* indica que la operacion está *concluida*

7º *Pellicamiento*. - Se pellizca la fisura en el momento de la defecacion. De esta manera se evita que la materia excrementicia se ponga en contacto con la grita.

8º *Dilatacion violenta*. - Se camis intro ducen sus dos dedos indices, de manera que se toquen por sus caras dorsales, i los separa bruscamente. En el acto se rompe la cuerda del esfinter Contracto.

Conclusiones

De lo espuesto concluimos que el tratamiento para la fisura *intolerante* se reduce a los medios simples u ordinarios, al paso que la *intolerante* cura tambien por los diversos procedimientos que dejo indicados. Sin embargo, todos estos ofrecen mas o menos inconvenientes que no presenta la *dilatacion forzada*, la que aconsejo practicar con preferencia en todos los casos de fisura *intolerante*, por las razones que paso a esponer:

1º Su dilatacion forzada evita al enfermo largos i penosos sufrimientos, dejándolo dos o tres dias despues de practicada la operacion *completamente curado*. Como lo justificari con mis observaciones.

2º Su incision tiene el inconveniente de obligar al enfermo a guardar cama por *quin a veintidias*, motivándolo dia *sin cesar* en las curaciones que es necesario hacer en la *ulcera*, inconvenientes que no acompañan a la dilatacion *violenta*.

3º La dilacion no va seguida de hemorragia, lo que, desde luego, es una ventaja i un consuelo para el enfermo.

4º La ratania debe proibirse en la fístula de Boyer por ser ineficaz; puesto que, cuando llega a cicatrizar algun atornal, este es siempre remato, haciendo padecer al enfermo durante mucho tiempo.

5º La dilacion gradual es un procedimiento largo i penoso para el paciente, sin que se obtenga con él resultados positivos.

6º La escision tiene los mismos inconvenientes de la incision, i no es raro que sobrevenga una inflamacion del recto consecutivamente una peritonitis.

7º La tenotomia es un procedimiento pelagoso i dificil.

8º El felizamiento no pueda de ser un medio paliativo.

Antes de terminar el tratamiento observare que, en contra de la opinion de Pécarnier que prescribe el empleo de los indices para practicar la dilatacion brusca, me inclino con Guerin i con otros Cirujanos a efectuarla siempre por medio de los pulgares, porque así, tomando con los demas dedos punto de apoyo en los ilquion, se dispone de mayor fuerza que usando de los indices, excepto el caso en que el anillo constrictor se hallare por encima del alcance de los pulgares.

Con esto doi por terminada la relacion de la enfermedad de que me ocupé.

3^a Obs.

Santiago Gallieria natural de Cinaros, de 30 años de edad, residente en Santiago de Chile, de temperamento bilioso, padeció en los primeros días de enero del presente año una diarrea que, tratada por la medicina ordinaria, curó en unos pocos días; pero que, en consecuencia de haber cometido algunos desarreglos, volvió nuevamente. Estando en esta circunstancia emprendió un viaje a caballo, después de su regreso, la diarrea tomó el carácter disintérico que traido por los medios convenientes curó de ella; pero quedó un poco de diarrea, obrando tres o cuatro veces en el día. Se nutría escarmentada en algunas veces dura, pero, por lo regular, líquida con estrias sanguinolentas.

Cada vez que el paciente iba al escusado sentía antes de sentarse un escaso incómodo, el que en el momento de la defecación aumentaba de intensidad i mucho más después de este acto, prolongandose por espacio de tres a cuatro horas, durante las cuales, el enfermo permanecía en cama con grande intranquilidad i en medio de los mas fuertes dolores. Así fué por algunos días. Un día exploré el ano de este enfermo: primero con la vista, i encontré una herida pequeña, que, naciendo entre el fondo del repliegue mucoso, se dirigia hacia arriba. Con el dedo, encontré una resistencia que me pareció debida a una contracción anormal; pero que muy bien pudo ser ocasionada por una contracción involuntaria del esfínter hecho por el enfermo por causa del dolor que experimentaba.

El doctor Murillo fue llamado, reconoció la
 figura i prescribió lavativas de extracto de
 ratania con una pomada con glicerado de
 tanino i belladona. El enfermo se sintió un
 poco mas descansado. Seis dias despues, co-
 mo continuaba el dolor, se resolvió operarlo.
 Colocado el paciente transversalmente en
 su Cama con las piernas dobladas sobre
 los muslos i estas sobre la pelvis, separa-
 dos uno de otro i sostenidos fuertemente
 por ayudantes, el Dr. Murillo introdujo
 por sus indices en el recto, previamente
 untados en pomada, i los llevó con fuerza
 hacia los isquion hasta vencer la resistencia
 del anillo. Despues de la operacion, se pres-
 cribió al enfermo un purgante de manito,
 con el objeto de hacer mas liquidas las
 deposiciones. Esta operacion se llevó a efecto
 sin el empleo del clorofamo; porque el Dr.
 Talderrama, al tiempo de proceder a la cloro-
 formacion, fue rogado por el paciente para
 que se le operara sin recurrir a ese anesté-
 sico, acerbando que tenía la resistencia su-
 ficiente para soportar la operacion.

Yo creí, señores, que sin la anestesia i sin
 contar con la resolucion o relajamiento de
 las fibras del esfinter, no hubiese podido
 hacerse una operacion completa. Pero mis
 conjeturas me salieron fallidas i el enfermo
 quedó desde ese momento completamente
 curado.

Observacion 2ª

Debó al Dr. Murillo una observacion curiosa
 que se dignó proporcionarme.

Se trataba de una señora soltera de 40
 años de edad, hija de padres sanos i de
 buena salud habitual. Sufría de hemorroi-

del desde seis años. Durante el último tiempo, sufría pérdidas abundantes de sangre que la debaban a anemia. A principios del año 1876, se acentuó la manifestación de las fisuras intolerante. Los dolores llegaban a ser atroces. no puede dormir ni con Calmanter. tiene de vez en cuando diarrea. En el mes de junio, esta diarrea se acentuó. Después de cada evacuación, i aun antes, los dolores son desesperantes los gemidos lastimeros. Se hizo el tratamiento por las pomadas con belladona, y licorato de tanino, inyecciones Calmanter. Por fin, se decidió la operación. El Dr. Murillo cloroformó a la enferma, y el Dr. Aguirre procedió a hacer la operación. Un movimiento diurno continuó dos o tres veces diarias durante tres semanas; pero los dolores cesaron por completo. El Color ha mejorado, i el aspecto de vejez de la enferma se ha modificado. Hoy se encuentra completamente curada.

Observacion 3ª

Rosa Dias, de 30 años, natural de Dinare, de buena salud, entró al hospital de Valparaiso, en los primeros dias de noviembre del año 75. Dos años hacia que habia principiado a experimentar dolores al tiempo de defecar, dolores que, a medida que el tiempo avanzaba, se hacian mas ayudados. Tres meses despues, se decia, en el mes de febrero, sobrevinieron tumores hemorroidales, los que fueron tratados por sanguijuelas, i unos veinte dias despues fueron exinclidos. Una vez extirpados los tumores, se hizo sentir el dolor despues de las defecaciones albinas.

En la época de las reglas, aumentaba cada vez que iba al escusado; i entonces todos los días se le entaban en contracción, i la enferma, presa de un fuerte dolor, así estuvo encontrada en su alrededor. Las deposiciones eran a veces líquidas, a veces sólidas. Las lavativas le producían algunas veces alivio, pero en otras exaltaban sus padecimientos. El solo hecho de la introducción de la cánula aumentaba el dolor, hasta que por último la enferma se resistió a aplicársela. La introducción del dedo era muy dolorosa también. En este estado permaneció la enferma por el espacio de un mes, después del cual se procedió a la operación, el orofórmando mi estimado amigo el Dr. Estébal i operando yo con mis pulgares en vez de los índices. Seis días después la enferma salió de alta.

Observación 4^a

Pedro Riquelme de 37 años, natural del Parí de profesión sastre, temperamento escrofuloso, había padecido hacia 8 años una úlcera sobre el glande simultánea con un tumor no supurado en el lado izquierdo. Curada esta enfermedad, continuó experimentando buena salud durante 4 años pasados los cuales, sufrió una reumatismo. Dos años más tarde, se percibió de una hemorroides que periódicamente daba origen a una hemorragia. Por medio de un tratamiento adecuado, las hemorragias se hicieron más tardías. Un año i medio después, me consultó sobre un ligero dolor que sentía desde algún tiempo, pero sin incomodarle demasiado hasta entonces, excepto los 3 últimos días en que había sufrido ho-

horrillemento, durante 5 o 6 horas después de la expulsión de las materias fecales.

Examinando el ano, me encontré con dos hemorroides del tamaño de una avellana, sin notar ulceración alguna.

Pense en una fisura de Boyer. Pero como estaban tan dilatados los hemorroides, creí que estos serian las causas; i, en consecuencia, prescribí el unguento propileo con baños de asiento. El enfermo continuó consultándome durante un mes, sin obtener ningún resultado con los diversos tratamientos a que lo sometí en lo sucesivo, hasta que no me quedó duda alguna de que se trataba de una fisura de Boyer.

El 15 de diciembre de 1876 propuse al enfermo la operación. Casualmente el Dr. Cortines hacia tres dias se encontraba en Parral. Le supliqué me acompañase a la operación. El cloroformo i yo operé con mis pulgares. No constata ni antes ni después de la operación la existencia de ulceración alguna. Por lo que juzgo, señores, que no era sino una Contracción espasmódica del esfínter, provocada, sin duda, por los tumores hemorroidales que fueron muchas veces sitio de inflamación. Cuatro dias después el enfermo aseguró encontrarse completamente aliviado.

A consecuencia de lo poco frecuente de la fisura intolerante, no he podido recoger otras observaciones que las expuestas. De la fisura tolerante podria presentarse una infinidad de casos, por ser esta ~~mas~~ variedad mucho mas frecuente que la otra, pero me ocupare tan solo de los dos que a continuacion espongo.

Obsv. 1^a

Maria Urrutia de 35 años, casada, despues de haber
tenido 6 partos todos buenos, padecio tres meses despues
un ligero dolor al defecar, dolor que se aumentaba des-
pues de cada defecacion una media hora mas o menos.
Examinado el orificio anal note una pequena esce-
riacion en la margen, al lado izquierdo, oculto entre
los pliegues del orificio anal. Curó en 25 dias por
medio de lavativas con extracto i tint. de rata-
nia i con pomada con las mismas sustancias,
i al interior el sulfato de soda, a dosis de 20
u 30 granos Cada 4 dias.

Obsv. 2^a

Lucas Poblete de 40 años, natural del Parí,
principio a sentir un ligero escoror al tiempo
de defecar, dolores que aumentaban a veces, sobre
todo cuando sufría constipacion. Esto era debi-
do, sin duda, a la mayor consistencia que ofe-
cian las materias fecales. En ese estado pararon
las cosas durante un mes. Habiendo hecho el
examen del recto, encontre una pequena helen-
gría en el fondo con labios ligeramente enle-
vados, situados por detras del orificio anal.
Sometido el enfermo al tratamiento del sulfato
de soda, a dosis de 20 a 25 granos, que le hacia
tomar Cada 5 dias, i al empleo de enemus (dos
veces por dia) con moroccea i pomada con rata-
nia i glicerado con tanino, el enfermo curó com-
pletamente al cabo de 20 dias.

Santiago, junio 12 de 1877

Manuel Ant. Pizarro

