

FÍSTULAS ANO-RECTALES

SU RELACION A LA TUBERCULOSIS



MEMORIA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

presentada para optar el grado de licenciado en la Facultad
de Medicina i Farmacia

POR

FELIX A. MOENA M.

Interno de la clínica del Prof. Barros B.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

ESTABLECIMIENTO POLIGRAFICO ROMA

CALLE DE LA BANDERA, NÚM. 30

1899

11430

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

FÍSTULAS ANO-RECTALES

SU RELACION A LA TUBERCULÓISIS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

presentada para optar el grado de licenciado en la Facultad
de Medicina i Farmacia

Dr. Manuel Barros B.

POR

FÉLIX A. MOENA M.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Interno de la clínica del Prof. Barros B.

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

SANTIAGO DE CHILE

ESTABLECIMIENTO POLIGRAFICO ROMA



Museo Nacional de Medicina
CALLE DE LA BANDERA, NÚM. 30

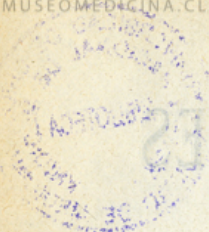
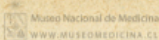
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1899

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

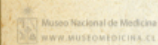
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA

SU RELACION A LA TUBERCULOSIS



Museo Nacional de Medicina

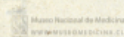
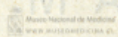
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

presentada para optar al título de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia

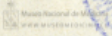
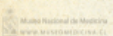
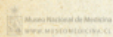
1907

FELIX A. MOENA M.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

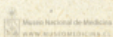


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ESTABLECIMIENTO POLIGRAFICO ROMA

ESTABLECIMIENTO POLIGRAFICO ROMA, BANDERA 30.—12068





DEDICATORIA

INTRODUCCION



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al distinguido Profesor de Clínica Quirúrgica

Dr. Manuel Barros B.

Al Dr. Lucas Sierra M.

Museo Nacional de Medicina

El Autor. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



INTRODUCCION



Museo Nacional de Medicina

Antes de esponer mi trabajo i las observaciones que he podido recojer en el Hospital San Vicente de Paul, debo anticiparme a decir que lo he llevado a cabo bajo la direccion del profesor Barros Borgoño, quien con solícita benevolencia me ha dado toda clase de facilidades para poder dar término a mis esperiencias e investigaciones microscópicas.

Muchas dificultades he tenido que encontrar en la realizacion de esta tarea. Por una parte la literatura médica sobre esta materia es escasa, i aunque he consultado las bibliotecas de los profesores Barros Borgoño, Maira, de la Sociedad Médica i otras, no me ha sido posible encontrar todos los datos que hubiera deseado i que creo hubieran podido revestir un interes positivo para mis compañeros i profesionales.

Por otra parte, los detalles deficientes i en su mayoría erróneos, de los individuos que ingresan a nuestros hospitales, me han hecho tropezar con dificultades casi insuperables para reconstituir la historia de dichos enfermos.

Sin embargo, si el presente trabajo llena las aspiraciones que he tratado de realizar, habré cumplido felizmente mi cometido.



FISTULAS ANO-RECTALES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Su relacion a la tuberculosis

La jeneralidad de los autores están de acuerdo en reconocer que una gran proporcion de los abscesos perianales, i las fistulas, que son su consecuencia, son de naturaleza tuberculosa, pero pocos de ellos se han ocupado en demostrarlo experimentalmente. Solo despues del descubrimiento de Koch, el bacillus de la tuberculosis, que vino a probar definitivamente la unidad de esta afeccion, se ha comprobado que las fistulas ano-rectales son, mas frecuentemente que lo que se creia, manifestaciones esternas de la tuberculosis.

Charvot, en su notable trabajo *De la tuberculose chirurgicale* publicado en la *Revista de Cirujia* del año 84 i destinado a probar la unidad de la tuberculosis, demuestra de una manera fehaciente la relacion que existe entre ella i los abscesos frios de las distintas rejiones, pasando en revista las pruebas sacadas de la anatomia patológica, de la esperimentacion i de la observacion clínica.

MECANISMO DE LA FORMACION DE LA FÍSTULA.—Las fistulas anales, como la jeneralidad de los autores lo reconoce, son consecutivas a abscesos peri-anales o isquio-rectales. Pero ¿cómo se forma el absceso? En este punto no están de acuerdo los autores.

Para unos el absceso es consecutivo a ulceraciones del recto. Ribes ha hecho notar la disposicion de las lagu-

na's supra esfinterianas de Morgagni, atribuyendo cierto número de fistulas ciegas internas a la detencion de materias fecales en esos divertículos. Chiari dice que una vez cada ochenta hai en la parte inferior del recto divertículos de la mucosa a través de las capas musculares, cuya circunstancia debe considerarse como altamente favorable para la produccion de las fístulas.

Poulet i Bousquet admiten la produccion de las fístulas por los tres mecanismos siguientes: 1.º la perforación rectal es primitiva, el paso de las materias fecales determina primero un absceso i despues una fístula; 2.º un absceso peri-anal primitivo se abre en el recto i al exterior; 3.º un foco hemorroidal aislado, ulcerado, se convierte en punto de partida de absesos i fistulas que se forman por igual mecanismo que los anteriores.

Hartmann, en su trabajo presentado al Congreso sobre tuberculosis, celebrado en Paris el año 93, solo escepcionalmente admite la ulceración tuberculosa del recto como orijen de la fístula i sostiene que «la fístula anal en un tuberculoso es el resultado de una tuberculosis local peri-anal», i en 10 casos de supuraciones peri-anales, independientes de toda lesion primitiva del recto, ha constatado con Lieffring 6 veces la presencia del bacillus de Koch: 5 veces asociado al colli-bacillus i una al stafilococcus dorado. Algunas de estas observaciones en nada hacian prever la tuberculosis, tratándose de manifestaciones bacilares primitivas cuyo diagnóstico era tanto mas difícil cuanto solo se habian hecho notar a consecuencia de la infeccion secundaria.

«El absceso tuberculoso del ano, i por consiguiente la fístula, es el resultado de una inoculacion local de bacillus llevados por las deposiciones, i como todas las condiciones de penetracion de los bacillus (excoraciones, presion por el esfínter sobre el bolo fecal) se encuentran reunidas en el ano, se comprende que los absesos se formen mas bien al nivel de éste que al nivel del recto propiamente dicho.» (1)

Por lo que hace a la relacion que pudiera haber entre la fístula i la tuberculosis intestinal, las investigaciones de Hartmann demuestran que no hai relacion

(1) *Semaine Medicale*, año 93, p. 365.



directa entre ellas, i en 48 fistulosos no ha encontrado sino un enfermo con una diarrea que pudiese hacer sospechar la existencia de ulceraciones tuberculosas en el intestino.

Charvot sostiene que la tuberculósís de las mucosas principia por nudosidades, por placas (forma circunscrita) o bien por una infiltracion difusa i en *nappe*, i la del tejido celular sub-cutáneo toma lo mas a menudo el tipo circunscrito i se presenta bajo la forma de gomas, tan bien descritos por MM. Brissaud, Josias i Lanelongue.

Los alemanes sostienen que la mayor parte de las fistulas son debidas a tuberculósís peri-rectales.

Quenu i Hartmann en su *Tratado de Cirujía del Recto*, del año 1895, refieren en jeneral los absesos perianales a la penetracion en el tejido celular de un ajente infeccioso, siendo causa del desarrollo de estos absesos toda causa que favorezca la penetracion de este ajente. De allí la influencia de todas las lesiones del ano i recto (ulceraciones, fisuras, hemorroides, rectitis, etc.) de la permanencia en un nido valvular de materias fecales endurecidas (Ribes), i de los cuerpos estraños, siendo los ajentes que producen estos absesos el bacterium coli, streptococcus, stafilococcus, pero sobre todo el bacillus de Koch.

¿CÓMO I POR QUÉ LAS FLEGMASÍAS PERI-RECTALES I LOS ABCESOS PERI-ANALES SE HACEN FISTULOSOS?— Muchas condiciones se han invocado: unas que dependen de la rejion, otras de la pared misma del foco, i por último reconocen por causa los productos excretados o secretados por el trayecto.

Por lo que hace a la rejion, se ha alegado la movilidad, la abundancia, la laxitud del tejido celular grasoso-peri-rectal para esplicar cómo los absesos de la márjen del ano se adosan tan difícilmente.

En cuanto a la pared del foco, las induraciones, las callosidades que se forman al rededor de estos focos hacen perder la consistencia normal de los tejidos, i sus paredes siempre fungosas, semejantes a las de los absesos frios, hacen persistir la supuracion que ellos suministran.

En fin, se ha pensado que el paso de gases i materias



fecales alteraban las paredes del absceso, modificaban sus secreciones i por consiguiente se oponian a la aproximacion de ellas.

NÚMERO DE FÍSTULAS TUBERCULOSAS.—Las estadísticas varían mucho a este respecto. Andral i Louis consideraban la coincidencia de la fistula anal i de la tuberculosis pulmonar como mui rara. Allingham, en 1632 enfermos de fistula anal encuentra 234 tuberculosos, o sea un 14 por ciento. Bodenhamer en 960 encuentra 73 tuberculosos, o sea 7.60 por ciento. Cripps da 12 por ciento; Dienlafoy un 15 por ciento; Greffrath un 16 por ciento. Hartmann, en 48 casos que ha operado encuentra en 23 casos signos indudables de tuberculosis, en 2 casos los antecedentes no eran claros i en 21 casos no existian antecedentes que hiciesen sospechar la tuberculosis.

En los casos sometidos a mi observacion he podido encontrar un 83.33 por ciento de tuberculosis.

Con respecto al número de tuberculosos que tienen fistulas del ano, algunos autores, como Tailor, encuentran 1 por ciento; Louis admite la proporcion dada por Andral: 1 por 800 tuberculosos. Hartmann, en una estadística de 533 tuberculosos encuentra 26 casos de fistulas anales, o sea un 4.8 por ciento; Douglas Powell da poco ménos de 5 por ciento.

No me ha sido posible tomar datos a este respecto en el Hospital de San Vicente.

Con respecto a la relacion de las fistulas a la tuberculosis, MM. Auché i Carrière, comunican al tercer Congreso de Medicina celebrado en Nancy el 6 de Agosto de 1896, los resultados de las investigaciones histológicas i bacteriológicas que han hecho a propósito de un enfermo atacado de lepra i que tiene a la vez una fistula del ano para dilucidar las relaciones entre la lepra i la tuberculosis.

Ellos creen poder asegurar que en su enfermo la fistula es de origen tuberculoso i no manifestacion de la lepra. Por lo demas comprueban que ámbas afecciones son susceptibles de desarrollarse en un mismo individuo.

M. Barthelemy se adhiere a las ideas anteriores i cree que la lepra prepara el terreno a la tuberculosis, lo mismo que la sífilis (1).

M. Tillaux en su tratado de *Cirujia Clínica* del año 89 se pregunta si las fístulas ano-rectales son o no tuberculosas i agrega: "si los bordes son ulcerados, desprendidos, si el enfermo presenta síntomas de tuberculosis pulmonar, la tuberculosis es evidente. En caso contrario puede quedar dudas a este respecto; sin embargo, cuando una fístula se ha establecido de una manera indolente es indudable que es de naturaleza tuberculosa."

A esto se puede replicar que aun cuando no haya tuberculosis pulmonar i sea doloroso el absceso precursor de la fístula, puede ser sin embargo una manifestacion primitiva de la tuberculosis, pues los fenómenos dolorosos son debidos a la asociacion de otros agentes patójenos, como los casos de las observaciones VII, VIII i X.

¿LA FÍSTULA ANAL TUBERCULOSA ES MANIFESTACION SECUNDARIA O PRIMITIVA?

Dieulafoy piensa que el absceso peri-anal i la fístula consecutiva se desarrollan jeneralmente durante la evolucion de la tuberculosis pulmonar o en una época avanzada de ella, pero en algunas circunstancias el absceso parece preceder a la tuberculosis pulmonar.

Charvot cree que las tuberculosis localizadas son el resultado ya de una inoculacion directa de los tejidos, ya de una localizacion de la tuberculosis despues de una infeccion jeneral pero latente de la economía.

En las observaciones de Hartmann i Lieffring hai casos en que evidentemente se trataba de manifestaciones tuberculosas primitivas.

En los pocos casos que he observado hai tres observaciones en que la fístula anal es la primera manifestacion tuberculosa (Obs. VII-VIII-X); en los demas es una manifestacion secundaria de la afeccion.

Como contribucion al estudio de la naturaleza tuberculosa de las fístulas anales presento las observaciones

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

(1) *Semaine Medicale*. Año 96, p. 345.

siguientes, en cuyo estudio no me he limitado al diagnóstico microscópico del pus secretado por el trayecto, el que muchas veces falla, (Obs. VII-IX-X) sino que he practicado inoculaciones en cuyes, comprobados despues por el microscopio.

En jeneral se considera a los cuyes como inmunes para contraer espontaneamente la tuberculósis, sin embargo hai casos evidentes de tuberculósis espontánea como en los hijos de cuyes a quienes se ha inoculado bacillus de Koch o por el contajio llevado en las deposiciones de cuyes inoculados, lo que podria inducir a error en las inoculaciones.

Para mis experiencias me he servido de la cuyera establecida en la clinica el año 97, donde jamas han muerto los cuyes espontaneamente, teniendo cuidado, por otra parte, de mantener a los animales inoculados en completo aislamiento, por lo que es indudable que los cuyes inyectados no tenian tuberculósis anterior.

Paso a esponer en seguida la técnica de las inoculaciones intra-peritoneales: recojo el pus de la fistula o el producto del raspaje en tubos esterilizados i lo diluyo en glicerina aséptica, en seguida desinfecto el abdomen del cui i la jeringa de que me he servido para las inoculaciones, i, tomando entre los dedos de la mano izquierda las paredes abdominales del cui i haciéndolas deslizar a fin de asegurarme que no he tomado ninguna asa intestinal, introduzco oblicuamente la aguja a la cavidad peritoneal inoculando dos o tres gramos de pus. Por último, aislo el cui i lo sacrifico al 25º dia—Es menester inyectar el mismo pus a dos cuyes por lo ménos, pues si se ha pinchado el intestino con la aguja el cui muere al 2.º o 3.º dia de septicemia aguda. Si el pus es tuberculoso da jeneralmente peritonitis tuberculosa jeneralizada al cui.

Observacion I

Sara Heap, de 32 años, entró a la sala 5 del hospital San Vicente el 4 de Junio del 97.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales.—Frecuentemente se resfría. Desde Setiembre del 96 tiene sudores nocturnos i alza térmica en las tardes.

Enfermedad actual.—Se inició en Febrero del 97 por una pequeña tumefaccion en el espacio isquío-rectal derecho, su crecimiento fué lento i poco doloroso hasta alcanzar en el espacio de dos meses el tamaño de una nuez.

Exámen.—En la rejion ya mencionada se vé una tumefaccion circunscrita de tamaño poco mayor que un huevo de gallina, fluctuante, con lijeros dolores espontáneos i a la presion. La cútis está adelgazada, mas o ménos rojiza. La defecacion produce lijeras molestias. No existe comunicacion con el recto ni al exterior. Por el tacto rectal se percibe facilmente la fluctuacion.

Pulmones.—Induracion en el vértice derecho; respiracion áspera.

Diagnóstico.—Absceso peri-rectal.

Pronóstico.—Reservado, por el estado de sus pulmones.

Tratamiento.—El 25 de Junio se practica la abertura del absceso; se ve que hai despegamiento peri-rectal i se completa la fistula; raspaje i cauterizacion.

Alta.—2 de Agosto del 97, sana.

Observaciones.—Inoculado el pus a un cui, éste muere a los 8 dias, revelando la autopsia *tuberculosis* peritoneal. La investigacion del bacillus de Koch en el esputo fué negativa en varias ocasiones. No se hizo exámen microscópico del pus del absceso.

Observacion II

Nicanor Arce, de 32 años. Ingresó á la sala de Dolores el 22 de Julio del 97.

Antecedentes hereditarios.—Uno de sus hermanos murió tuberculoso.

Antecedentes personales.—El año 80, consecutiva-

mente a un traumatismo, tuvo una osteitis del maléolo tibial izquierdo que le duró mas de seis meses.

Despues de un raspaje sanó. El año 83 dice haber tenido pulmonia (?) que le duró dos meses.

Anamnesis.—En Marzo del 96 tuvo una diarrea, con 12 o 15 deposiciones en las 24 horas, la que persiste actualmente, pero con menor intensidad. No ha habido sangre en las deposiciones. A mediados de Mayo del mismo año apareció una pequeña tumefaccion en la márgen izquierda del ano que alcanzó a mediados de Julio el tamaño de un huevo de gallina; le producía intensos dolores i le impedía andar. Se la hace abrir en su domicilio i salió pus mui fétido; persistió una fistula hasta Octubre, fecha en que ingresa a San Juan de Dios donde se le operó. Pronto cicatriza la fistula abriendo luego otra en la vecindad de la primera.

Exámen.—A dos centímetros por detras del ano i cerca del rafe existe un pequeño orificio, de bordes desgarrados i desprendidos, por donde salen algunas gotas de pus. En el recto se percibe una ulceracion en su pared posterior, a la derecha de la línea media i un poco por encima del esfínter esterno, la que es dolorosa a la presion. Explorando el trayecto con un estilete se ve que llega al recto al nivel de la ulceracion.

Constitucion del enfermo.—Débil.

Pulmones.—Induracion en ámbos vértices, en el derecho se nota un pequeño soplo cavitario. Desgarro mucopurulento.

Diagnóstico.—Fístula ano-rectal completa.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Incision a bisturí, raspaje, cauterizacion el 8 de Agosto del 97.

Alta.—Sano el 25 de Noviembre. Su estado jeneral poco ha ganado.

Observaciones.—Inoculado el producto del raspaje a un cui le da la *tuberculosis*. Investigado el bacillus de Koch en el desgarro se encontró en varias preparaciones. No se hizo exámen microscópico del pus de la fistula.



Observacion III

Pedro P. Gonzalez, de 56 años. Ingresó a la sala de San Emeterio el 19 de Agosto de 1897.

Antecedentes hereditarios.—Los ignora.

Antecedentes personales.—Tiene antecedentes claros de lues.

Anamnesis.—En Marzo del presente año cayó sentado sobre unos palos, quince dias despues nota dolor en la vecindad del ano, que se acentúa poco a poco, i una pequeña tumefaccion en la rejion posterior, que al cabo de doce dias alcanza el tamaño de una nuez, que es dolorosa espontaneamente i a la presion. El enfermo la hizo abrir en su domicilio i salió pus blanco amarillento; ha persistido una fistula.

Exámen.—Los tejidos en la márjen derecha del ano tienen consistencia pastosa, se nota nódulos duros. A dos centímetros por detras del ano i cerca de la línea media existe una ulceracion de bordes irregulares, desprendidos. Esplorando con un estilete se llega al recto al nivel de otra ulceracion situada en su pared posterior. No hai compromiso de las fibras del esfínter interno.

El estado jeneral del enfermo no es bueno.

Pulmones.—Tiene induracion en los vértices. Tose mucho; tiene sudores nocturnos.

Diagnóstico.—Fístula completa del ano.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—21 de Agosto. Incision, raspaje.

Alta.—4 de Enero del 98. Persiste la fistula.

Observaciones.—Tres exámenes microscópicos del desgarro dan bacillus de Koch. La inoculacion del producto del raspaje en un cui *da tuberculosis* peritoneal. No se hizo exámen microscópico del pus de la fistula.

Observacion IV



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Manuel Gutierrez, de 33 años. Ingresó a la sala de San Emeterio el 11 de Mayo de 1898.

Antecedentes.—A fines de Febrero del presente año tuvo disenteria que le duró 25 dias, i lo dejó mui agotado.

Anamnesis.—A fines de Abril sintió ardor i lijeras molestias en el ano, en el momento de la defecacion; luego dolor mas intenso i notó una pequeña tumefaccion en la márjen derecha que le hacia imposible la marcha.

Exámen.—El estado jeneral es malo. No hai panículo adiposo.

A la derecha del ano i mui cerca de él existe una pequeña ulceracion, de donde parte un trayecto que se abre en la pared anterior del recto inmediatamente por encima del esfínter esterno. Hai despegamiento del recto en lijera estension.

Pulmones.—Sanos.

Diagnóstico.—Fístula anal completa.

Pronóstico.—Reservado, por el estado jeneral del enfermo.

Tratamiento.—12 de Mayo. Incision, raspaje.

Salió de alta sano de su fistula, i su estado jeneral mui mejorado; el 13 de Julio de 1898.

Observaciones.—La inoculacion del pus de la fistula fué *negativa*. Diez exámenes microscópicos del esputo fueron nulos. No se hizo el exámen del pus de la fistula.

Observacion V

Prudencia Palma, de 45 años. Ingresó al Hospital el 30 de Enero de 1899.

Antecedentes.—Ganglios supurados en ámbas axilas a los 10 años de edad.

Anamnesis.—En Marzo o Abril del año 95 se dió un golpe en la márjen izquierda del ano que le produjo lijeros dolores; a los quince dias estaba sana. El 96, mas o menos en la misma fecha tiene, en la misma rejion, dolores intensos i aparece una tumefaccion que le impide sentarse. Incindida la tumefaccion sale un líquido sero-purulento persistiendo despues una fistula que le causaba lijeras molestias. El año 97 aparece una segunda tumefac-

cion, en la márjen derecha del ano, de evolucion lenta, dolorosa, que se abre espontáneamente tres meses despues dejando otra fístula.

Exámen.—A cada lado del ano hai un trayecto fistuloso que se abre mas o ménos a dos centímetros de él. Esplorándolos, se ve que penetran al recto, uno a cada lado, a 2 o 3 centímetros por encima del esfínter interno. Hai un estenso despegamiento de la mucosa rectal.

Estado jeneral.—Bueno.—Pulmones.—Sanos.

Diagnóstico.—Fístulas completas ano rectales.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—10 de Febrero. Incisión, raspaje.

Alta.—14 de Abril, queda una pequeña superficie por cicatrizar.

Observaciones.—Inoculado el pus a un cui *no dió resultado*. El exámen microscópico de él demostró la presencia de estreptococcus i colli-bacillus.

Observacion VI

Cárlos J. Sanchez, de 43 años. Ingresó a la sala de Medicina San Francisco el 9 de Febrero de 1899.

Antecedentes hereditarios.—El padre i un hermano murieron tuberculosos.

Hábitos.—Alcohólicos.

Anamnesis.—El 3 de Enero del presente año sufrió un traumatismo en las márjenes del ano; dos o tres dias despues aparece una tumefaccion en la márjen izquierda, que aumenta poco a poco de tamaño, con dolores intensos, espontáneos i a la presión, sobre todo en el momento de la defecacion, alcanzando el tamaño de un huevo de gallina, el 8 de Febrero época en que se abrió espontáneamente.

Exámen.—El 15 de Marzo el enfermo presenta un trayecto fistuloso que se abre exteriormente a la izquierda i un poco por delante del ano; los bordes del orificio son desgarrados, desprendidos. El orificio interno está situado en el recto al nivel de una ulceracion que compromete las fibras del esfínter interno; hai despegamiento peri-rectal.

Pulmones.—Condensacion de gran parte del pulmon derecho i el vértice izquierdo. Sudores nocturnos, espectoracion purulenta.

Estado jeneral.—Malo.

Diagnóstico.—Fístula completa ano-rectal.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Incision i raspaje, el 20 de Marzo.

Muerte.—El 28 de Marzo, con sintomas de obstruccion intestinal.

Observaciones.—Inoculado el pus de la fistula dió *tuberculosis*. La investigacion del bacillus de Koch en el esputo fué positiva. Examinado microscópicamente el pus de la fistula se encontró bacillus de Koch i streptococcus.

No fué posible practicar la autopsia del cadáver.

Observacion VII

Efraín Castro, de 37 años. Ingresó al servicio del Dr. Carvallo el 17 de Marzo de 1899.

Antecedentes.—No tiene antecedentes tuberculosos.

Anamnesis.—En Octubre del año 98 nota lijeros dolores en el momento de la defecacion, poco despues aparece una tumefaccion poco dolorosa, de crecimiento lento i que se abre espontáneamente un mes despues, persistiendo desde entónces una fistula.

Exámen.—Permite comprobar que el trayecto se abre en el recto, inmediatamente por encima del esfínter esterno.

Pulmones.—Sanos. No tose ni desgarrá.

Diagnóstico.—Fístula anal completa.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—22 de Marzo, incision a bisturí. Anestesia con cocaína.

El enfermo pide su alta el 21 de abril de 1899. No está completamente sano.

Observaciones.—La inoculacion del pus dió *tuberculosis*.



Al exámen microscópico solo se encontró streptococcus.

En varios exámenes del esputo el resultado fué nulo.

Observacion VIII

Juan Zamorano, de 32 años. Entró el 3 de Abril de 1899 a la sala San Francisco.

Antecedentes.—Nulos en lo que se refiere a tuberculosis.

Anamnesis.—En los primeros dias de Noviembre del 98 tiene fiebre durante 5 o 6 dias, en el curso de los cuales aparece una tumefaccion en la fosa isquio-rectal izquierda que se abre espontáneamente 4 o 5 dias despues; desde entónces persiste una fistula. En Enero del 99 aparece otra tumefaccion en el lado derecho, cerca del ano, casi indolora, que la hace abrir a los 15 dias i deja persistente una segunda fistula.

Exámen.—Permite ver que ámbas fistulas se abren en el recto, una a cada lado, al nivel de ulceraciones colocadas inmediatamente por encima del esfínter esterno.

Pulmones.—Sanos.

Diagnóstico.—Fistulas ano-rectales completas.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—10 de Abril del 99. Insicion.

Resultado.—El 5 de Julio el enfermo no está completamente sano.

Observaciones.—Inoculado el pus a un cui dió tuberculosis peritoneal.

Examinado microscópicamente el pus manifiesta bacillus de Koch y colli bacillus.

El exámen del esputo es negativo en varias ocasiones.

Observacion IX

Rafaela Gutierrez, de 50 años. Ingresó al servicio del profesor Barros B. el 13 de Abril del 99.



Antecedentes hereditarios.—Negativos en lo referente a tuberculosis.

Antecedentes personales.—A los 10 años de edad principió a notar que perdía sangre en las deposiciones. Esto duró hasta los 17 años. A los 30 años tuvo ganglios supurados en el cuello por espacio de 3 años. Desde la edad de 32 años ha tenido hemoptisis en repetidas ocasiones.

Anamnesis.—En 1892 notó un ligero malestar al defecar, luego dolor que se acentuó poco a poco; apareció después una tumefacción en la fosa isquiorectal izquierda, circunscrita, dolorosa, que se abrió espontáneamente a los 3 o 4 meses de su aparición i desde entonces persiste una fístula que cicatriza en ocasiones para abrirse luego después en un punto vecino.

Exámen.—A la izquierda del ano presenta la enferma una serie de orificios, el más alejado a 4 centímetros de él; por medio de la exploración se ve que todos ellos llegan al recto al nivel de una pequeña ulceración, un poco irregular situada en su pared lateral izquierda a $1\frac{1}{2}$ centímetros por encima del ano. No hay despegamiento de la mucosa.

Pulmones.—Lijera condensación en ámbos vértices. Abundantes sudores nocturnos. Se resfría con facilidad.

Diagnóstico.—Fístula ano-rectal completa, con trayectos secundarios.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—25 de Abril del 99. Incisión, raspaje, cauterización a termo-cauterio.

Alta.—La enferma se va sana el 4 de Julio del 99.

Observaciones. El exámen microscópico del producto del raspaje solo demuestra la presencia de streptococcus. Inoculado el mismo producto a un *cui da* tuberculosis. En el desgarro se encontró bacillus de Koch.

Observacion X

Juan J. Rivero, de 56 años. Ingresó a la sala de Doctores el 18 de Abril del 99.

Antecedentes hereditarios.—Los ignora.

Antecedentes personales.—En Abril del 98 nota ardor en el ano, con dificultad para sentarse; se escurre un liquido claro amarillento por el ano, en pequeña cantidad; al poco tiempo sana.

Anamnesis.—En Febrero del presente año nota el enfermo una tumefaccion en la márjen derecha del ano que le molestaba para sentarse; luego siente punzadas i el dolor aumenta.

Exámen.—Ano infundibuliforme. En el rafe posterior existe un pequeño papiloma en cuyo vértice hai un orificio que llega al recto inmediatamente por encima del esfínter externo, en la pared posterior, en el centro de una ulceracion. En el rafe anterior hai dos pequeños nódulos hemorroidales. A tres centímetros a la derecha del ano i un poco por detras de él hai una pequeña tumefaccion, pastosa, fluctuante en su centro; los tejidos circunvecinos están indurados. Comprimiendo, disminuye la tumefaccion i sale pus del recto al nivel de una ulceracion, mayor que la anterior, irregular, situada en su pared lateral derecha, la que compromete algunas fibras del esfínter interno. Hai despegamiento de la mucosa en una estension de $2\frac{1}{2}$ a 3 centímetros.

Temperatura.—Desde el 18 al 25 de Abril hai lijera alza térmica en las tardes.

Pulmones.—Nada de particular. No tiene tos ni esgarro. No hai sudores nocturnos.

Diagnóstico.—Dos fistulas anales: la una completa, i la otra ciega interna.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—25 de Abril. Se completa la ciega interna i ámbas se operan como completas: incision a termo cauterio.

Resultado: El 1.º de Julio del 99 el enfermo está casi sano.

Observaciones.—La inoculacion del pus a un cui dió *tuberculosis*. Microscópicamente demostró *colli-bacillus* i *staptococcus*.



Observacion XI

Benjamin Muñoz, de 30 años. Ingresó el 25 de Abril de 1899 a la Sala de Dolores.

Antecedentes — Sin importancia.

Anamnesis. — En Mayo del 98 cayó sentado sobre unos palos, al día siguiente apareció una tumefaccion circunscrita a cada lado del ano, con fuertes dolores i punzadas; poco a poco las tumefacciones aumentan alcanzando la derecha el tamaño de un huevo de gallina, i la izquierda un tamaño poco menor; permanecen en ese estado como dos meses hasta que se abre espontáneamente la derecha i deja despues una fistula. En Agosto ingresó al hospital de Talca donde le incindieron el otro abceso desde entónces persiste otra fistula.

Actualmente no tiene dolor sino cuando anda mucho o está sentado largo tiempo.

Tiene mucha tos, expectoracion muco-purulenta, sudores nocturnos.

Pulmones. — Induracion en ámbos vértices.

Exámen. — Se puede comprobar que la fistula izquierda penetra al recto a dos centímetros por encima del ano, al nivel de una ulceracion. La derecha no llega al recto: la mucosa no está perforada, pero sí engrosada; hai despegamiento de 1 o 2 centímetros.

Diagnóstico. — Fístula anal completa, a la izquierda, ciega esterna a la derecha.

Pronóstico. — Reservado.

Tratamiento. — 1.º de Mayo: incision de la fístula completa a bisturí, raspaje. Se completa la ciega esterna i se procede como en la anterior. En ámbas hai trayectos secundarios que se seccionan.

Resultado. — 1.º de Julio del 99, falta un pequeño punto para que sane.

Observaciones. — Inoculado el pus *da tuberculósis*. No se hizo exámen microscópico de él. En el esputo hai bacillus de Koch.



Observacion XII

Rosa Briones, de 29 años. Ingresó al servicio del profesor Barros el 19 de Abril de 1899.

Antecedentes.—No da antecedente alguno.

Anamnesis.—La enferma no da datos sobre el principio de su afeccion.

Exámen.—Permite comprobar una fístula completa en el lado derecho del ano, con trayectos secundarios, que se abren en el recto al nivel de una ulceracion que compromete ámbos esfínteres. Hai despegamiento de la mucosa en grande estension.

Pulmones.—Cavernas en el derecho. Induracion en el vértice izquierdo.

Diagnóstico.—Fistula ano rectal completa.

Muerte.—13 de Mayo. Autopsia: ámbos pulmones están indurados, 2 cavernas en el vértice derecho.

Observaciones.—Inoculado el pus a un cui *dió tuberculosis*.

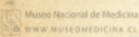

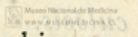
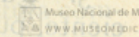
En resumen: he podido comprobar en mis investigaciones:

- 1.º Que la fistula del ano, es de naturaleza tuberculosa en 83,33% de los casos;
- 2.º Que se presenta en algunos casos como manifestacion primitiva de la tuberculosis; i
- 3.º Que el exámen microscópico del pus es insuficiente, pues en la mayoría de los casos a un resultado negativo a dicho exámen ha correspondido un resultado positivo obtenido por la inoculacion espermental.



— 28 —
OBSERVACION XII

BIBLIOGRAFIA

-  Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
-  Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
- Samaine Medicele, año 1893, pág. 365.
Id. Id. id. 1896, pág. 345.
- Société Anatomique, 1893, págs. 69, 161, 517.
Statistique de la chirurg. du rectum, pág. 180.
Molière, Maladies du rectum et de l'anús, 1877.
Dieulafoy, Manuel de Pathologie interne, 1898.
Reclus et Duplay, Traité de Chirurgie, 1898.
Poulet et Bousquet, Traité de pathologie externe,
1895.
Charvot, De la tuberculose chirurgicale. Rev. de chir.
1884, pág. 710.
-  Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
- J. A. Fort, Traité de pathologie et clinique chirurg.
1873.
- Tillaux, Traité de chirurgie clinique, 1894.
Revue de chirurg., 1894, pág. 2.
-  Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
- Quenu et Hartmann, Chirurgie du rectum, 1895.
Duplay, Leçons cliniques, 1898.

