

## INFORME DEL DOCTOR FERNANDO TROCONIS

*sobre el trabajo presentado a la Academia de Medicina en su sesión  
a el 24 de octubre de 1933, por el doctor Manuel A. Rueda Vargas.*

Señor Presidente, señores Académicos:

Tengo el honor de rendir el informe reglamentario sobre el trabajo del distinguido cirujano doctor Manuel A. Rueda Vargas, titulado "Técnica operatoria en el tratamiento de las fistulas ano-rectales extra-esfinterianas" y que el señor Presidente tuvo a bien confiarme.

Una triple consideración amerita el trabajo del doctor Rueda Vargas: la gran frecuencia de las afecciones fistulosas de la región ano-rectal, la dificultad de su tratamiento, en especial de las fistulas extra-esfinterianas, y la magnífica exposición del método preconizado por el autor. Es precisamente sobre estas tres consideraciones sobre las cuales he querido basar mi informe.

I. Frecuencia de las lesiones fistulosas de la región ano-rectal. No me ha sido posible consultar estadísticas sobre el particular, pero todos los autores están de acuerdo con la experiencia profesional en considerar estas afecciones como las más frecuentes de la región citada. La razón de esta frecuencia me conduce a estudiar brevemente la etiología y patogenia de las fistulas ano-rectales.

El tejido subcutáneo de la región peri-anal se continúa hacia arriba libremente con el plano submucoso rectal y existe una amplia comunicación linfática de esa región con la fosa isquio-rectal, llamada hoy más propiamente *isquio-anal*. Por esta razón toda supuración de la piel vecina del orificio anal puede dar lugar a colecciones purulentas que podrán invadir la región submucosa del recto o por la vía linfática ocupar el sitio de la fosa isquio-anal, dejando hacia adentro el esfínter interno del ano.

Multitud de causas contribuyen a la aparición frecuente de

supuraciones en la margen del ano: son los abscesos tuberculosos de las glándulas sudoríparas, son los forúnculos de los folículos pilo-sebáceos, son los abscesos flebíticos de un paquete hemorroidario inflamado e infectado. Posiblemente se ha exagerado el papel etiológico de la infección tuberculosa en las fístulas que estudiamos. Sin embargo, muchas reconocen ésta causa. Una pequeña ulceración tuberculosa de la margen del ano puede llegar a ser el sitio de un absceso mixto por sobre infección secundaria de microbios piógenos ordinarios y la abertura de este absceso constituir el punto de partida de una fístula tenaz.

A este propósito no puedo menos de citar el caso de un paciente tuberculoso pulmonar a quién traté su afección pulmonar por el neumotórax artificial. Este paciente presentaba además de sus lesiones pulmonares una fístula marginal del ano que había resistido todos los pequeños tratamientos usuales. En el curso del tratamiento pulmonar vio, con sorpresa suya y mía, desaparecer la fístula, la cual, después de dos años de cesación del neumotórax por curación completa de sus lesiones pulmonares, no ha reincidido. Esta observación demuestra el papel evidente de la sobreinfección repetida por los bacilos de Koch ingeridos por el enfermo y provenientes de sus lesiones pulmonares, así como también la influencia del mal estado general del tuberculoso en la persistencia de esta clase de fístulas.

El absceso submucoso rectal o el de la fosa isquio-rectal consecutivos a las supuraciones que acabamos de enumerar o bien se abren espontáneamente a la piel o son abiertos quirúrgicamente por incisiones insuficientes dejando tras de sí la secuela de una fístula más o menos molesta y casi siempre rebelde a los tratamientos ordinarios. Al cerrar este rápido estudio etiológico de las fístulas ano-rectales debo hacer notar que deliberadamente hice de él abstracción de las estrecheces rectales neoplásticas o de otro origen que necesariamente deberán ser eliminadas por un examen completo y que frecuentemente conducen a la aparición de fístulas cuyo tratamiento implica el de la causa que las ha originado. Tampoco mencioné las lesiones óseas vecinas ni las afecciones uro-genitales que frecuentemente acarrear la aparición de fístu-

# PALUDISMO

**FIEBRES INTERMITENTES**

# QUINIFORME

Formiato Basico de Quinine LACROIX  $C^{20} H^{24} N^2 O^2 \cdot HCO^2 H$   
**GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928**

La más rica en Quinina (87,56 %).

La más soluble en el agua.

La más activa de todas las sales de Quinina.

**LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR**

**FORMAS  
PHARMACEUTICAS**

{ A 6 y 12 AMPOLLAS a 0gr.25, 0gr.50, 0gr.75, 1gr., 1gr.25, 1gr.50.  
B 6 y 12 SELLOS de 0gr.25 y 0gr.50.  
C COMPRIMIDOS de 0gr.10, 0gr.20, 0gr.30 y 0gr.50.  
D PILDORAS de 0gr.10.

Literatura y Muestras : Laboratoires LACROIX, 37, Rue Pajol, PARIS-18°

## MICROSCOPIOS

**REACTIVOS - COLORANTES - HEMATIMETROS - LAMINAS - LAMINILLAS  
ETC. ETC.**

CRISTALERIA PARA LABORATORIOS QUIMICOS Y BACTERIOLOGICOS  
INSTRUMENTAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS  
JERINGAS HIPODERMICAS Y PARA VETERINARIA

**TALLER DE MECANICA**

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

## OPTICA ALEMANA

**SCHMIDT HERMANOS**

Calle 12, número 7-58 - Entre carreras 7a. y 8a.

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

LABORATORIOS CORBIÈRE. PARIS



# CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

MEDICACION CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

## SUS INDICACIONES

NEURASTENIA  
LINFATISMO - ASTENIA POST-GRIPAL  
BRONQUITIS CRÓNICA - ENFISEMA  
TUBERCULOSIS - CONVALECENCIAS



# CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

## SUS INDICACIONES

ESMINERALIZACIÓN EN GÉNERAL  
EN PARTICULAR DESCALCIFICACIÓN  
CONVALECENCIAS DE LAS ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS ASTENIAS - FATIGA  
ADELGAZAMIENTO



ARSENIC  
PHOSPHOR  
CALCIUM  
MANGANESE  
MAGNESIUM



# HÉMO CYTO-SÉRUM

MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

## SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS - CLOROSIS  
LEUCEMIAS - CAQUEXIA - CONVALECENCIAS  
DESPUÉS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS

CYTO-SÉRUM. HÉMO-CYTO-SÉRUM. CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

**MODO DE EMPLEARSE:** En inyecciones intra-musculares al nivel de la región superior de la nalgá, en pleno músculo, a la dosis de una ampolla todos los días... ó cada dos días

las más o menos vecinas de la región que nos ocupa, pero que clásicamente son consideradas muy diferentes de las que son objeto de este estudio.

Por el esbozo etiológico que acabo de reseñar se comprenderá fácilmente la división de las fístulas ano-rectales en dos grandes categorías: 1<sup>a</sup>. submucosa o intra-esfinterianas; 2<sup>a</sup>. extra-esfinterianas.

Ambas categorías podrán ser completas cuando poseen un orificio cutáneo y otro rectal en plena comunicación con el trayecto fistuloso, o serán ciegas externas o internas cuando no poseen sino un sólo orificio situado en las primeras en la piel y en las segundas en la mucosa rectal.

II. *Tratamiento.* Este varía para cada una de las grandes categorías en que se dividen las fístulas y que acabo de señalar.

Fístulas submucosas o intra-esfinterianas. El tratamiento radical y seguro es el que todos conocemos. Abrir ampliamente la fístula en todo su trayecto sobre una sonda acanalada introducida de manera de cargar todo el espesor de tejidos que forma su pared, raspar cuidadosamente estos tejidos y dejar cicatrizar por segunda intención la herida hecha, mediante curaciones metódicamente llevadas a cabo. Todo esto no ofrece ninguna dificultad y siempre que las curaciones consecutivas al acto quirúrgico se hagan en la forma debida, el éxito es seguro.

Fístulas extra-esfinterianas. Es precisamente sobre esta clase de fístulas que versa el tratado del doctor Rueda Vargas. En él se encuentra de una manera completa la descripción y crítica de todos los tratamientos que se han ideado para la curación de esta afección rebelde y mortificante en sumo grado, desde la famosa ligadura hoy en completo desuso, a pesar de la tentativa de revivirla del cirujano americano Pennington con una modificación del método, hasta las operaciones difíciles consistentes en la sección del esfínter con sutura mediata o inmediata de sus fibras.

La experiencia demuestra que en muchos casos la disección del trayecto fistular, hecho con todo cuidado, de manera de no dejar divertículo ni ramificación alguna del conducto principal, di-

sección hecha en la forma que la describe el doctor Rueda Vargas, hasta la pared mucosa rectal con extirpación completa de la fístula y sutura de la mucosa rectal, bien sea que se emplee la reparación inmediata de la ancha brecha así formada por suturas en diferentes planos, o bien sea que se deje abierta para buscar una curación lenta del fondo hacia la superficie, ha dado resultados muy favorables en manos de diferentes cirujanos, entre otros en las del cirujano Robert Abbe, de New York. En todo caso, la experiencia demuestra también que este método, como todos los que hasta ahora nos eran conocidos, falla a menudo sin lograr muchas veces la completa curación de la fístula sino después de repetidas operaciones, entre las cuales, figura como último recurso la sección esfinteriana con los graves riesgos de la incontinencia casi segura.

Por todas estas razones, considero de suma importancia el procedimiento Robles-Cuneo, que tan magistralmente describe el doctor Rueda Vargas en su trabajo, al cual me permito tan sólo hacer algunos pequeños comentarios.

El doctor Rueda Vargas hace la afirmación categórica de que toda fístula extra-esfinteriana debe ser completa, es decir, que debe tener sus dos orificios: mucoso-rectal y cutáneo. Sobre esta afirmación edifica la teoría de que la reincidencia de la fístula después de los tratamientos conocidos reside en la reinfección al través de la pared rectal de origen fecal. Si recordamos que la inmensa mayoría de las fístulas extra-esfinterianas son consecutivas a abscesos de la fosa isquio-rectal, podemos argumentar al doctor Rueda Vargas que estos abscesos pueden abrirse en la cavidad rectal y a la vez en la piel (fístulas completas) o bien en la cavidad rectal solamente (fístulas ciegas internas), o bien únicamente en la piel (fístulas ciegas externas). No trae el doctor Rueda Vargas un estudio anatomo-patológico de las fístulas extra-esfinterianas suficiente para demostrar que todas ellas deben ser completas. Por el contrario, la experiencia demuestra que estas fístulas muchas veces son ciegas internas o ciegas externas.

Por esta razón considero que el método Robles-Cuneo por definición no podrá tener otra indicación fuera de las fístulas comple-

tas. El doctor Robert Abbe de New York ya citado describe un método operatorio en la Cirugía de Keen que no difiere del Robles-Cuneo sino en sus últimos tiempos. Abbe termina suturando la mucosa rectal en dirección longitudinal. Robles y Cuneo prefieren disecar un gran colgajo de mucosa, de la margen del ano hacia arriba, hacerlo defender lo suficiente para que el orificio interno de la antigua fístula salga del ano, resecar la parte del colgajo así exteriorizada y suturar al margen el borde inferior del colgajo. Esta es pues la parte original del método.

Técnicamente constituye este tiempo de la operación una mejora del método usual porque, como muy bien lo dice el Dr. Rueda Vargas, con él se establece una barrera de mucosa perfectamente sana a la reinfección de origen rectal, la que parece ser una de las causas principales de la reincidencia de esta clase de fístulas tratadas por los métodos ordinarios. Indudablemente constituye a la vez una complicación operatoria que en manos expertas no tiene mayor significación.

La base estadística consistente en 22 observaciones con éxito completo en la curación de las fístulas extra-esfinterianas por el método Robles-Cuneo comprueban suficientemente el concepto teórico anterior; por este motivo, no dudo en considerarlo como un adelanto en el tratamiento de esta clase de fístulas que, como hemos visto, se ha mostrado siempre o casi siempre ineficaz por los métodos usuales hasta hoy y que por esto ha conducido al tratamiento radical de la sección esfinteriana con los gravísimos riesgos de una incontinencia que puede convertir la curación en una invalidez mucho peor que el mismo mal.

El doctor Rueda Vargas aconseja inyectar previamente el trayecto fistuloso con una sustancia líquida opaca que permita a una radiografía mostrarlo en toda su extensión con sus ramificaciones, si las hay, y precisando el sitio de su desembocadura en el recto, difícil en ocasiones de precisar, lo mismo que la inyección previa a la operación del mismo trayecto con una mezcla de parafina y azul de metileno para repararlo visualmente en el acto operatorio.

Ya en 1906 Beck recomendaba inyectar en el trayecto fistuloso una pasta de subnitrate de bismuto químicamente puro

incorporado a la vaselina en la proporción de un 33% con fines de diagnóstico y de tratamiento. El método de Beck se extendió amplamente en Norte America y otros países con resultados bastante satisfactorios. Hoy el empleo del lipiodol ha facilitado la radiografía de estas fístulas y entre nosotros ya es de uso corriente. En un caso operado con el doctor Jaime Jaramillo pudimos obtener una bella radiografía que nos mostró un trayecto único, submucoso y que se abría a bastante distancia del orificio anal en la pared rectal. Es evidente que este procedimiento mejor que cualquier cateterismo podrá ilustrar al cirujano sobre la topografía de de la fístula.

III. Exposición del doctor Rueda Vargas. Precede el autor del trabajo la descripción del método operatorio, de una breve reseña histórica de la afección, muy interesante porque nos demuestra las dificultades que en toda época el cirujano ha encontrado para el tratamiento de esta afección que, en su frecuencia, no respetó la brillantísima personalidad de Luis XIV, a quien su barbero cirujano, en un arranque de audacia, hizo correr todos los riesgos de una incontinencia seccionándole su esfínter. Hoy esa audacia tiene sus imitadores, pues, muchos cirujanos no dudan en seccionar el esfínter esperando la recuperación espontánea de su función o buscándola luégo por actos operatorios posteriores con la sutura de sus fibras seccionadas.

El capítulo I del trabajo que comento nos presenta una descripción de los diferentes métodos empleados hasta hoy para la curación de esta clase de fístulas seguida de una crítica de cada uno de ellos. Considero que el doctor Rueda Vargas agotó la materia sobre este particular y no puedo menos de suscribir sus conceptos.

En el capítulo II el doctor Rueda Vargas nos dice cómo nació el método sugerido por el cirujano guatemalteco doctor Robles, al Profesor Cuneo, quien perfeccionándolo le dió vida. En seguida hace un estudio de la patología de la fístula extra-esfinteriana, con su anatomía patológica. En el curso de este estudio el doctor Rueda Vargas basado en las investigaciones de Bloch y Picot afirma que todas las fístulas extra-esfinterianas son fístulas completas,





# PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
<b>ASCILARINA</b>  Complejo glucosídico cristalizado y estabilizado del bulbo de la escila.	DIURÉTICO AZOÚRICO, CARDIOTÓNICO DE MANTENIMIENTO (ACUMULACIÓN DÉBIL) NEFRITIS, OLIGURIA, ASISTOLIA, ARRITMIA, CORAZÓN SENÍL, MIOCARDITIS.	2 a 6 comprimidos o XL a CXX gotas al día o 1/2 a 1 ampolla de una vez por vía endovenosa.
<b>FFLAMINA</b>  Asociación de ácido cólico en estado de pureza con la hexametilenotetramina.	OPOTERAPIA Y DESINFECCIÓN HÉPATOBIILIAR, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, LITIASIS BILIAR.	4 a 8 grageas.
<b>GYNERGENO</b>  Tartrato de ergotamina Stoll, alcaloide, principio específico del cornezuelo de centeno bajo forma estable y cristalizada.	ATONIA UTERINA, HEMORROAGIAS OBSTÉTRICALES Y GINECOLÓGICAS, SEDACIÓN DEL SIMPÁTICO, BASEDOW, TAQUICARDIA PAROXISTICA.	(muy individual y según los casos) 1 a 2 comprimidos o XV a XXX gotas 2 veces al día. Ampollas 1/4 a 1 cc. a la vez.
<b>OPTALIDON</b>  Nueva asociación antineurálgica, sedativa e hipnótica:	TODOS LOS DOLORES. NEURALGIAS. CIÁTICAS. DOLORES REUMÁTICOS.	6 grageas.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE),

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTHLSBERGER - Carrera 10, No. 333, Apartado 450 - BOGOTA

# DIURETICO <sup>de</sup> PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THÉOBROMINE FRANCESA garantizada químicamente pura.

ARTERIO-ESCLEROSIS — AFECCIONES CARDIACAS Y RENALES — ALBUMINURIAS  
INTOXICACIONES — UREMIA — URICEMIA  
GOTA — MAL DE PIEDRA — REUMATISMOS — MIDROPESTA  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS

# THÉOSALVOSE

Pura  
Digitálica  
Estrofántica  
Esparteinizada,  
Fosfatada, Litinada, Cafeinizada.

OBLEAS  
dosificadas a :  
0 gr. 50 y a 0 gr. 25  
Théosalvose.

Dosis media : 1 a 2 gr. al día.

La THÉOSALVOSE pura o asociada  
no se expende sino en obleas.

Laboratorios André GUILLAUMIN, D<sup>r</sup> en F<sup>o</sup>ia, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS

# IODALOSE GALBRUN

**iodo fisiológico, soluble, asimilable**

La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO

Combinación directa y completamente estable del Iodo con la Peptona

DESCUBIERTA EN 1896 POR E. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA

Comunicación al XIII<sup>o</sup> Congreso Internacional de Medicina, Paris 1900

**Sustituye Iodo é Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.**

Veinte gotas IODALOSE obran como un gramo Ioduro alcalino.

DOSIS MEDIAS : Cinco a veinte gotas para NIÑOS ; diez a cincuenta gotas para Adultos.

Pedir Folleto sobre la Iodoterapia fisiológica por el Peptoniodo.

Laboratorio GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Muse, PARIS.

# ANTIASMA <sup>POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO</sup>

Eficaz,  
Agradable  
é inofensivo.

# BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA

PIDASE MUESTRAS Y TEXTOS :

Laboratorios FAGARD, 44, Aguesseau, BOULOGNE (Seine) Francia.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Agentes: Philpe DUCHAMP - Apartado 1733 - Bogotá.

es decir, que todas tienen un orificio mucoso rectal fuera del orificio cutáneo. Esta afirmación me sugirió el comentario hecho anteriormente en este informe y no puedo menos de repetir que para aceptarlo sería necesario un estudio anatómo-topográfico completo de estas fístulas que no aporta el trabajo del doctor Rueda Vargas.

Termina el doctor Rueda Vargas este capítulo con los procedimientos de examen y diagnóstico de la fístula. Ya hemos comentado el consejo que nos da de inyectar el trayecto fistuloso de una sustancia opaca para los rayos X, no me queda por decir sobre este particular sino que el tema ha sido plenamente agotado en esta parte del estudio del doctor Rueda Vargas.

El capítulo III lo consagra el doctor Rueda Vargas al estudio técnico del procedimiento incluyendo en él los cuidados pre y post-operatorios. Como dejo dicho atrás, la parte original del método preconizado en el trabajo del doctor Rueda Vargas se halla en los tiempos cuarto y quinto del acto operatorio, magistralmente expuesto por su autor. Acompaña a su clásica descripción una serie de ilustraciones magníficas que son un lujo de dibujos que objetivan el procedimiento y que nada tienen que envidiar a los mejores dibujos de nuestros tratados clásicos de cirugía.

Termina su trabajo el doctor Rueda Vargas con una serie de 22 observaciones, en muchas de las cuales tomó parte el autor en el acto operatorio, pero que en todas pudo controlar sus resultados, a lo menos los inmediatos, porque en cuanto a los resultados alejados, seguramente no le ha sido posible controlarlos en la gran mayoría de ellas.

Sin embargo, conceptúo que la serie de observaciones presentadas por el doctor Rueda Vargas constituyen una base científica en favor del método Robles-Cuneo.

Conclusión del informe. El trabajo del doctor Rueda Vargas llena a cabalidad todas las condiciones de un trabajo científico en que se destaca su esfuerzo personal de manera brillante y que por otra parte nos aporta un método de gran interés en el tratamiento de las fístulas extra-esfinterianas.

De todos los académicos es suficientemente conocida la per-

sonalidad del doctor Rueda Vargas y su larga práctica quirúrgica que lo ha hecho destacar en el grupo distinguidísimo de cirujanos del Hospital de San José. Por esta razón me permito terminar el presente informe con la siguiente proposición, que respetuosamente someto a la consideración de la Academia.

“Acéptese al doctor Manuel A. Rueda Vargas como candidato para miembro de número y procédase a llenar con su nombre una de las vacantes actuales.

Publíquese su importante trabajo en la Revista de la Academia”.

Bogotá, octubre 10 de 1933.

FERNANDO TROCONIS

