

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

JUAN DE DIOS LAVIN

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION AL ESTUDIO



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

I TRATAMIENTO DEL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# Prolapso del Recto

POR EB

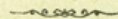


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MÉTODO DE JEANNEL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA

DE PRUEBA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD  
DE MEDICINA I FARMACIA



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

IMPRESA Y ENCUADERNACION DEL COMERCIO

Moneda, 1027

1903



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1004  
MED  
1903  
L412c  
C.1

JUAN DE DIOS LAVIN

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION AL ESTUDIO



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

I TRATAMIENTO DEL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# Prolapso del Recto

POR EL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**MÉTODO DE JEANNEL**



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA

DE PRUEBA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD  
DE MEDICINA I FARMACIA



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

Museo Nacional de Medicina  
IMPRENTA I ENCUADERNACION DEL COMERCIO



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Moneda, 1027

1903



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUCH  
MED  
1903  
L 4120  
C.1



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

DEDICATORIA



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
A la Memoria del Dr. **Manuel Barros Borgoño**



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al Dr. **Lucas Sierra M.** Museo Nacional de Medicina  
SUCESOR EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

**Juan de Dios Lavín** 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





CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DEL

**Prolapso rectal por la colopexia de Jeannel**



He emprendido el presente trabajo con ocasion de haber sido operadas, por el método de Jeannel, dos personas que padecian de prolapso del recto, operacion que se efectuaba por primera vez en Chile, i que consiste en fijar la S romana al peritoneo de la fosa ilíaca, (Colopexia).

Conjuntamente con este asunto, he estudiado la etiología, la patojenia i el mecanismo del prolapso rectal, que han sido, en los últimos tiempos, objeto de interesantes discusiones.

Hubiera querido hacer un cuadro comparativo de los muchos procedimientos operatorios conocidos hasta ahora, pero ello no ha sido posible por la falta de estadísticas, lo que se esplica si se considera cuan rara es esta afeccion, que entre todas las del recto, solo se presenta en uno por cada se-

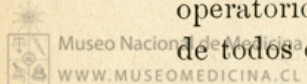






centa y cinco casos. Por lo demas, en esta parte de la patología hai grandes vacíos que solo el tiempo podrá llenar.

He tratado de esponer los resultados de esta nueva operacion, cosa digna de ser tranquilamente contemplada, porque en esta enfermedad, tan tenaz en sus recidivas, los numerosos procedimientos operatorios no prueban otra cosa que la ineficacia de todos ellos.



## ANATOMÍA DEL RECTO

Entiéndese por recto, la parte terminal del intestino grueso.

Sus límites son convencionales. Algunos autores refieren el límite superior al esqueleto i aun asi no están de acuerdo.

Los libros clásicos consideran que dicho límite se encontraría al nivel de la sínfisis sacro iliaca izquierda. Esta terminacion es considerada por otros como escepcional. Los últimos creen que empezaría a la derecha de la línea media i no a la izquierda, fundados en que la última porcion del intestino grueso, descende en la pelvis, la atraviesa i va a continuarse con el recto mas allá de la línea media, es decir, a su derecha (Treves-Testut).

Sus dimensiones varían en el hombre i en la

Mujer	En el hombre	12 a 14 centímetros	de lonjitud.
	En la mujer	11 a 12	» » »



El lumen tambien varía segun se le considere o no libre de su contenido.

Libre, su cavidad es, si se puede decir, virtual. Su diámetro transverso es de 30 milímetros i el ánter posterior de 15 a 20 milímetros.

De la comparacion de estos números se ve que el recto es aplastado *de delante atrás*.

El recto no es enteramente igual en su trayecto i presenta una parte relativamente estrecha que va desde el ano al vértice de la próstata i que concluye en un ensanchamiento: la ampolla rectal, desde aquí el lumen del recto es mas regular i se continúa insensiblemente con el cólon.

Sus paredes son mui distensibles; lo prueba el hecho de permitir la introduccion de la mano en su cavidad.

Segun Simon, se dilataría sin romperse 24 centímetros en circunferencia.

#### *Situacion, division i medios de adherencia.*

En la mayor parte de su estension, el recto está colocado en la parte posterior de la pequeña pelvis, inmediatamente por delante del sacro, sale de esta cavidad, atraviesa el periné i viene a terminar en la superficie cutánea, por lo que se le consideran dos porciones: porcion sacro coxíjea o pélvica de mayor lonjitud que la segunda, o porcion extra pélvica o perineal.

Por sus relaciones con el peritoneo se divide la



porcion pélvica en dos segmentos; peritoneal el uno e infra-peritoneal el otro.

En su primera parte el recto está fijo 1.º por el peritoneo, que recubre la cara anterior en su parte mas alta, 2.º por los vasos hemorroidales superiores i su vaina conjuntiva que le sostiene por arriba, i 3.º por las arterias i venas hemorroidales medias i mas que todo por las hojas conjuntivas que rodean estos vasos i unen el recto a las paredes laterales de la pelvis.

Inferiormente está mas fijo todavía por las conexiones tan íntimas que tiene con el periné, especialmente con el elevador del ano i la aponeurosis perineal superior.

La direccion del recto en su 1.ª parte, es la misma del sacro; pero un poco antes del vértice del coxis cambia bruscamente de direccion para ir a terminar en el ano al nivel del borde superior de las válvulas semilunares (línea ano-cutánea de Hermann).

*Relaciones.*—La porcion pélvica que va desde la tercera vértebra sacra hasta el suelo de la escavacion pélvica i de una lonjitud de 10 a 11 centímetros está en relacion por su cara posterior con el sacro i los músculos piramidales con el gran simpático i ramos del plexo sacro. Descendiendo



esta en relacion con el coxis i los músculos isqueo-coxígeos i con la arteria sacra media.

Por sus caras laterales está cubierto por el peritoneo en su tercio superior.

En el punto en que el recto está desprovisto de peritoneo está en contacto con una parte grasa, en medio de la cual están los filetes nerviosos del plexo hipogástrico.

Las relaciones mas importantes del recto están en su cara anterior, pero aquí hai que distinguirlas en el hombre i en la mujer.

En el hombre esta cara anterior está cubierta por el peritoneo, el que luego se refleja sobre la cara posterior de la vejiga, formando así el fondo de saco recto-vesical. Por debajo de este fondo de saco, está en relacion con la parte baja de la vejiga, los conductos deferentes i las vesículas seminales. Entre el recto i los órganos recién mencionado sexiste una lámina célula muscular, la aponeurosis próstato-peritoneal.

Mas abajo, con la cara posterior de la próstata separada del recto por la misma aponeurosis próstato-peritoneal.

En la mujer, el peritoneo tambien tapisa la cara anterior del recto, para reflejarse luego no sobre la vejiga como en el hombre, sino sobre el útero i la vagina, constituyendo el fondo de saco recto vaginal, conocido vulgarmente con el solo nombre de Douglas.



Inferiormente está en relacion con la pared posterior de la vagina.

El recto está separado de la vagina por el tabique recto-vajinal que es bastante resistente.

En cuanto a la porción perineal del recto, está en relacion, por su cara posterior, con el elevador del ano i parte posterior del esfínter externo; las mismas relaciones tiene con el recto en sus partes laterales, mas, el tejido adiposo de la fosa isqueo-rectal.

Las relaciones del recto en su cara anterior, vuelven a cambiar en el hombre i en la mujer.

En el hombre está en relacion sucesivamente con la próstata, con la porción membranosa de la uretra, i el bulbo-uretral.

En la mujer con la parte anterior de la vagina, el esfínter, el constrictor de la vagina i el transverso.

*Etiolojía, patogenia i mecanismo.*—El prolapso del recto es una afección bastante rara.

Segun la estadística de Allingham, sobre cuatro mil enfermos del recto, solo 53 casos corresponden al prolapso.

Se presenta por regla jeneral con mayor frecuencia en el niño i en el anciano.

El sexo no es indiferente: es mas frecuente en la mujer, cuya razon se dará mas adelante.

No todos los niños están igualmente predispos-





tos al prolapso, ni tampoco todos los niños sufren el prolapso con la misma intensidad. En el anciano predomina por regla jeneral el prolapso completo; en el niño el prolapso parcial o simplemente mucoso, siendo escepcional el prolapso completo (caso del Dr. T. Sinclair Kirk, cuya observacion acompaño.)

Entre las causas que predisponen al niño á dicha afeccion se hacen notar, a mas de las ya conocidas como ser los quintos de tos de la coqueluche, constipacion crónica, diarreas rebeldes, cálculos vesicales, jeneralmente úricos estrecheces del prepucio, etc.; la presencia de algunas diátesis como ser las diátesis úrica, diabética i la mas fundada de todas, la diátesis luética.

Esta última afirmacion se encuentra apoyada en la observacion de los niños enfermos de prolapso, que me he visto obligado a hacer en el curso del presente trabajo i de las cuales se desprende que la mayor parte de ellos eran heredo-luéticos.

Otras causas se invocan todavia i son: la menor adherencia de la mucosa del niño a la capa subyacente.

Como razon anatómica se agrega que, encontrándose mucho mas recto el sacro en esta edad, se acerca mas el eje del ano a la resultante de los esfuerzos del niño (Delbert).

Otros conceden escaso valor a este enunciado, i



Lo atribuyen a la detestable hijiene alimenticia i mala costumbre de hacer que los niños permanezcan largo rato en la bacinica, en donde a los esfuerzos de la defecacion, se agregan los del llanto en que a menudo prorrumpen los niños de corta edad.

En cuanto al prolapso total, como se ha dicho anteriormente, se observa con mayor frecuencia en los ancianos, sobre todo en aquellos que en su infancia habian ya padecido la afeccion.

A las enfermedades antes enumeradas para los niños, como diarreas i constipacion crónicas, hai que agregar algunas otras propias de la edad i sexo, como tambien algunas perversiones o vicios.

Estas son: enfisema i bronquitis crónica, los esfuerzos de la miccion en los prostáticos, en los calculosos i en los estrechados de la uretra i del recto.

Las hemorroides, pólipos i otros tumores intrarrectales, como igualmente las estrecheces, en opinion de Boeckel, actúan en el interior del recto a la manera del bolo fecal, con la diferencia que éste al ser espelido, no arrastra al recto tras de si, cual sucede con las hemorroides, los pólipos i demas neoformaciones al tratar de ser espulsadas.

La dilatacion del recto causada por el estreñimiento, es otra de las causas segun una lei que dice:



«La facilidad con que se invajinan los tubos contruidos de la misma materia está en relacion directa con el calibre de los mismos, e inversa con el espesor de sus paredes.»

En la mujer el prolapso es más frecuente a causa del parto i sus accidentes, que trae un debilitamiento del periné en ciertos casos i prolapso jenital en otros, los que a su vez predisponen al prolapso rectal.

En los ancianos, todavia se acepta la atonía propia a la edad, o sea, en otros términos, la atrofia senil.

Algunas afecciones medulares o cerebrales.

Las dilataciones i secciones operatorias.

Las dilataciones tan comunes en los que practican la pedrastía pasiva.

Todavía una clase de predispuestos son los poseedores de tejidos poco plásticos, los varicosos, los que padecen de hernia i por último los que sufren de ptosis viscerales.

Las causas enumeradas antes obran pues debilitando el aparato de suspension i el de contension del recto. (Mesorecto, vasos, etc., por una parte, el elevador del ano i periné por la otra).

A esta patojenia tan jeneral i poco precisa vienen a agregarse en los últimos años, conceptuosos trabajos de autores como: Gerad-Marchant, Esmarch, Ludloff i Waldeyer.



Gerad-Marchant, (Societé de chirurgie 11 noviembre 1896) asimilando el mecanismo de produccion del prolapso al de las hernias, admite: 1.º *el prolapso de fuerza*, que sobrevendria en individuos sanos con esfinter enérgico a continuacion de esfuerzos mui violentos, i 2.º *el prolapso de debilidad*, que se ve en ancianos i debilitados.

Esta concepcion del prolapso, es cierto para algunos casos, segun J. L. Faure i H. Rieffel, pero nó para todos.

*Esmarch* considera el prolapso del recto, como necesariamente consecutivo al prolapso del ano, el cual iria desprendiendo i arrastrando tras de sí las partes de intestino grueso situadas por encima de él hasta producir el prolapso del recto i tener así constituido el prolapso ano-rectal.

Ludloff i Waldeyer rebaten la opinion de *Esmarch* i demuestran que el mecanismo en ambos prolapsos es bien distinto i dicen: que el prolapso anal se produce, por caída i borramiento de los pliegues anales inferiores, los que a su vez arrastrarian los superiores.

No así el prolapso rectal, el cual segun dichos autores, nunca se produce por el hecho de ser atraído hacia abajo por un desprendimiento i arrastre de la mucosa anal, como lo piensa *Esmarch*; sino





que se origina primitivamente en la porción superior o propiamente rectal.

Jugaría en esto un papel muy importante el fondo de saco de Douglas (¿pliegues?), cuya pared posterior está formada por la pared anterior del recto, punto en donde la presión abdominal se haría sentir con mayor fuerza en personas que sufran constipación crónica; presión que haría hundir los pliegues de Douglas, empujando, (por las adherencias del Douglas a la cara anterior del recto) al recto hacia la ampolla rectal, i si además éste no posee la resistencia normal, como sucede cuando desaparece la grasa perirectal, los pliegues de Douglas, i con ellos la pared anterior del recto se invagina poco a poco i es finalmente espelida al través del conducto anal, naturalmente que, a la desaparición i tracción de la cara anterior del recto, sucede luego la de las caras laterales i en seguida la de la cara posterior del recto.

La porción anal es solamente prolapsada posteriormente, quedando de esta manera formado el prolapso ano-rectal con un hidrocele, en el interior del cual pueden encontrarse asas intestinales, epíplon i ovario, constituyendo así una especie de saco herniario.

Esta hernia especial así constituida es la que Uhde ha llamado hidrocele.

Este prolapso es de forma esférica, achatado, de



lumen oval-transversal i contiene en su labio anterior un saco herniario.

Al conjunto de *prolapso ano-rectal i hidrocele*, es a lo que se denomina hernia perineal media de Waldeyer.

Esta puede ser completa e incompleta.

Es completa, cuando ha caído el recto en todo su contorno comenzando a contarse desde la evaginación del pliegue recto-vesical en el hombre i recto-uterino en la mujer.

Es incompleta, cuando solo ha salido la pared anterior del recto.

Ludloff asegura que el prolapso ano-rectal es producido sin escepción por la caída del pliegue de Douglas.

Esta afirmación tan absoluta, quedaria reducida a su justo valor con la observación corriente en clínica de ver, que a un prolapso anal primitivo, sucede luego un prolapso rectal secundario.

La duda de que, el prolapso rectal sea producido, según el modo de pensar de Ludloff, no debe ser permitida para la mayor parte de los casos.

Pero tampoco cabe dudar que en otros el prolapso se produce, debido a la laxitud i alargamiento de las adherencias normales del recto (ligamentos) como son: el tejido adiposo perirectal i los manojos conjuntivos que existen entre el recto i la fascia pelvi parietal, en medio de la cual van las





arterias i venas hemorroidales i todavia en los vasos i manojos conjuntivos del meso-recto que encuentra un fuerte apoyo en el promontorio.

El prolapso del recto representa, pues, una invaginacion del intestino grueso.

Podemos por lo tanto alcanzar con el dedo introducido en el ano, hasta el pliegue situado entre la porcion intestinal invajinada i la parte inferior que ha permanecido fija en su lugar.

Este pliegue, solo desaparecerá cuando esté tambien prolapsado el ano i por consiguiente en el prolapso ano-rectal.

La tercera variedad de prolapso es: el *prolapso por invajinacion* de Gosselin, cuya patojenia es distinta de las anteriores, asemejándose mucho este último a la de la invajinacion intestinal.

En esta forma de prolapso puede que de parte de los ligamentos, ni del periné, haya lesion de importancia; la lesion está aquí colocada en el cólon (prolapso recto-cólico) o aun mas arriba (caso de Treves en el cual salió hasta el apéndice vermiforme.) Dicho prolapso se observa en todas las edades; pero con mas frecuencia en el adulto.

Un último modo de producirse el prolapso se observa en algunos vicios de conformacion de este órgano, como por ejemplo en la estrechez de la estremidad superior del recto, la cual fué el primero en observarla Eujenio Boeckel (Gazeta mé-



dica de Strasbourg), quien cita tres observaciones.

El prolapso, segun este nuevo modo de efectuarse tendría, al decir de Boeckel, una forma cónica característica, que compara al cuerno de buei i a la que da gran importancia diagnóstica. (Esta variedad seria propia del niño).

El punto de la estrechez se efectuaría (en las 3 observaciones) en el punto de union de la S ilíaca con el recto.

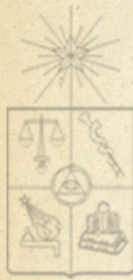
Esto está conforme con la evolucion embriológica de la rejion.

Se sabe en efecto que el recto se forma por un hundimiento de la piel del periné, que sube en forma de dedo de guante al encuentro del cólon descendente.

Si este encuentro por algun motivo, no se verifica, o se hace de una manera imperfecta, tenemos en el primer caso: la atresia del recto; o a lo menos, persistencia de un tabique notado por Lannelongue, quien aconseja romperlo de arriba abajo.

En el segundo caso tendríamos la estrechez, la que no seria sino el mismo vicio de conformacion pero en grado menor.

*Tratamiento.*—No entraré a estudiar el tratamiento en los niños, los cuales mas que todo necesitan una razonada higiene alimenticia i reduccion de su prolapso, lijeros vendajes i laxantes suaves;





puesto que en la mayor parte de ellos, el prolapso se presenta bajo la forma mucosa, forma benigna i que con lijeros cuidados tiende a la curacion por sí sola.

En algunos casos el prolapso se agrava, como cuando se hace irreductible, lo que hace necesario el empleo del cloroformo para facilitar su reduccion i librarlo de la gangrena.

Pero si esta ha sobrevenido, vale mas esperar que se haga la eliminacion espontáneamente.

En casos rebeldes aconsejan algunos la cauterizacion, que trae una retraccion cicatricial seguida de curacion.

Otros como Hey, Curling, etc., hacen la exiccion de la mucosa prolapsada i sutura de ambos bordes.

En el hospital de niños de esta ciudad, se usan con gran éxito inyecciones de ergotina (Vidal de Cassis).

Solo cuando el prolapso es total está justificado el empleo de procedimientos mas radicales: como es la colopexia, operacion que fué practicada en el caso de la observacion número 4.

El prolapso total requiere para su curacion procedimientos que varian segun la causa que lo origine, ya que no hai prolapso; sino prolapsos como ha dicho un autor.

De ahí que se han orijinado un sin número de



operaciones tendentes a modificar sus causas predisponentes, como son, por una parte, la insuficiencia de los medios de sosten (elevador del ano, músculos i aponeurosis del periné) la dilatacion del recto i por último las destinadas a suplir las deficiencias de los ligamentos suspensores del recto, cuyo es, el objeto de la colopexia.

Antes de entrar de lleno a describir la técnica de esta operacion, haré una lijera esposicion de la técnica de las operaciones principales.

1.º *Perineorrafia* (sutura del periné) de Roux i Robert.

Estos autores hacen una incision triangular, cuya base está en el ano i el vértice al nivel del coxis.

A traves de esta incision, hacen suturas profundas.

2.º *Recto perineorrafia de Duret* (de Lille 1887).

Este autor saca de la pared posterior del recto, un triángulo mucoso, cuya base es posterior i su vértice superior.

Sobre el periné se aviva un triángulo semejante, cuya base se confunde con la del primero i el vértice se dirige hacia el coxis.

Hecho esto se reunen los bordes del triángulo intra-rectal con catgut, que pasan en el interior de la pared del recto, juntando los tejidos i estrechando así el recto.





Los lados del triángulo perineal son igualmente afrontados con crin de Florencia.

Se le objeta i con razon: de que solo se dirige al ano, el que apesar de estar estrechado i cicatrizado, puede dejarse distender nuevamente i el prolapso volver aparecer.

Un resultado mejor se obtiene por la sutura i fijacion del recto. Este método fue ideado por Lange de New-York i representa un mayor grado de adelanto en el tratamiento operatorio del prolapso.

Superiores son los resultados que se obtienen con el procedimiento llamado: recto-plexia de Gerad-Marchant.

Este procedimiento hace disminuir el recto en longitud, no en calibre. Lo que se ejecuta una vez hecha la incision posterior que pone a descubierto el recto, por medio de puntos de sutura longitudinales i dispuestas en serie horizontal, lo que determina un plegado transversal del recto, plegado que hace disminuir la longitud del intestino (recto) tanto, cuanta es la distancia que media entre el punto de entrada superior al inferior de la sutura.

Se puede en caso de necesidad hacer una, dos i hasta tres corridas de suturas.

Al nivel de los puntos de sutura la pared del recto es lijeramente avivada con cucharilla, avivamiento que tiene por objeto hacer que se establezcan adherencias de los tejidos al nivel del pliegue transversal.



Como se comprende, el recto queda asi acortado en longitud, lo que necesariamente trae su disminucion, disminucion que puede en algunos casos ser suficiente para reducir completamente el prolapso.

Esta operacion es completada con la fijacion del recto a los órganos vecinos i mui particularmente al coxis, segun el procedimiento de Verneuil.

Es por consiguiente una recto-coxipexia

El procedimiento de Verneuil destinado a obviar el relajamiento del aparato suspensor del recto es el siguiente:

Una vez a descubierto el recto por su cara posterior, mediante una incision ano-coxíjica, este autor pasa cuatro puntos de sutura con crin de Florencia, sutura que solo interesa la capa muscular sin afectar la capa mucosa.

Estos hilos se colocan el uno encima del otro, en la direccion del ano a la punta del coxis.

Después con una aguja de Emmert los conduce al traves de los tejidos hácia la piel.

La operacion de Verneuil está indicada solo para los prolapsos de poca importancia.

La recto coxipexia es una operacion poco peligrosa.

El único inconveniente que presenta es que los puntos de sutura supuren i la operacion no dé resultados.



Según la estadística de Köning, sobre un total de seis casos operados por este procedimiento, el resultado fué que: dos sanaron sin accidentes, otros dos dos supuraron, en el quinto se reprodujo i en el sexto no se pudo seguir el resultado.

En cuanto a la estirpacion, es conocida desde los tiempos de Marco Aurelio i practicada a fuego rojo.

La estirpacion a bisturí ha sido reglada por Mikulicz, quien coloca al paciente en la posicion de la talla, aborda el prolapso por su mitad anterior bien cerca del ano, secciona en seguida el cilindro esterno teniendo cuidado en este momento de comprobar la presencia o ausencia del fondo de saco peritoneal con o sin asas intestinales.

En caso de haber, se las reduce con cuidado i se cierra; se secciona en seguida la mitad anterior del cilindro interno i se la sutura a la correspondiente del cilindro esterno.

La mitad posterior que queda se trata de la misma manera.

Hai que tener aquí cuidado con la hemorragia procedente del meso recto. Se sutura despues como para la mitad anterior.

Se le objeta el ser una operacion de larga duracion, sangrienta, de técnica difícil i la que siendo ejecutada en ancianos debilitados da una gran mortalidad.



Así, de un total de cuarenta i siete (47) operados por este procedimiento, hubo que lamentar seis casos fatales, debidos principalmente a peritonitis i hemorragias.

Otro accidente desagradable es la estrechez que en algunos casos se presenta i ademas la recidiva.

Viene en seguida el procedimiento de Segond i Nelaton, que tambien da bastantes recidivas.

Nelaton, queriendo evitar la recidiva del prolapso, propone ir mas lejos; no se limita a la estirpacion de la parte prolapsada, sino que va hasta reseca la parte de intestino susceptible de recidiva.

Para verificar esto, abrió el abdómen i seccionó el meso-recto de la S romana, la que previamente había ligado.

Suturó en seguida el abdómen, colocó al enfermo en la posicion de la talla, sacó i reseco con el prolapso toda la porcion de intestino que descendió, que fueron 26 c. proximamente.

El intestino así desprendido fué suturado a la piel al nivel del ano.

El enfermo murió.

Intensionalmente no he querido hacer mencion de los numerosos medios médicos, que son: 1.° las inyecciones de estricnina de Dolbeau i Foucher, 2.° las aplicaciones de vesicatorios a base de estricnina, preconizados por Duchaussoy, 3.° la faradiza-





cion de Duchenne (de Boulogne), 4.º la electropuntura de Gosselin, 5.º el masaje i todavia las inyecciones de ergotina de Vidal de Cassis.

Todos estos medios médicos son insuficientes para la curacion del prolapso; obran solo a título de coadyuvantes.

Sin embargo, en un caso de un prolapso de 5 centímetros que me ha sido referido por el Dr. F. Castañeda I., el prolapso curó mediante la aplicacion de una inyeccion intra esfinteriana de ergotina.

*Colopexia.* Es la operacion que consiste en fijar el cólon por medio de suturas u otro medio cualquiera, sea a la pared abdominal, sea a una víscera vecina, con el objeto de reforzar los ligamentos suspensorios, previamente relajados.

Fué practicada por primera vez por Jeannel en 1892 i cuya técnica comprende cuatro tiempos.

1.º Tiempo abertura del vientre, 2.º hallar el cólon, 3.º reduccion del prolapso i 4.º colopexia simple.

1.º Tiempo.—Abertura del vientre. Se hace siguiendo la línea de operacion de la colostomía ilíaca.

Otros cirujanos como Defontaine i entre nosotros el Dr. L. Sierra, quien fué el primero en practicarla, siguen la incision media, incision que permite practicar al mismo tiempo otras operaciones



en vísceras distintas (como en la observacion número 1).

Ademas, en la incision primitiva suele dar mayor trabajo el encuentro del recto, inconveniente que se elimina con la incision media.

2.º Tiempo, hallar el cólon.— A veces es fácil de encontrarlo en su sitio habitual, pero suele emigrar en los casos de prolapso inveterados; en estos casos es preciso buscarlo al nivel de la articulacion sacro-ilíaca, inconveniente que se subsana haciendo que un ayudante introduzca en el lúmen del prolapso la mano o un instrumento romo, tan arriba como sea posible i sin reducir el prolapso, que es lo que aconseja Jeannel.

3.º Tiempo, reduccion del prolapso.—Una vez encontrado el recto, se procede a hacer pequeñas tracciones de abajo hacia arriba, intertanto un ayudante entreabre los muslos i ve si el prolapso se reduce.

Estando el prolapso completamente reducido, se exageran dichas tracciones hasta cuanto sea posible i el ano quede oculto entre el pliegue interglúteo.

4.º Tiempo, colopexia propiamente dicha.—Previamente los tiempos anteriores se sutura el cólon a la pared abdominal, despues de lo cual se procede a cerrar el abdómen.

Este cuarto tiempo se llama Colopexotomía,





cuando se practica la abertura del cólon (ano contra natura).

Las suturas se pueden ejecutar en la colopexia simple por tres procedimientos.

1.º A los apéndices epiploicos (colopexia epiploica); el 2.º comprende en la sutura de la herida parietal, la pared del cólon en toda la extensión del intestino visible en la herida, o mejor todavía, en la arcada clural, o todavía a la fosa ilíaca, como se practicó en las observaciones que acompaño; el 3.º procedimiento consiste en suturar en la pared abdominal el mesenterio (colopexia mesentérica).

Observacion número 1:

Clodomira G., de 32 años, soltera, nacida en Santiago.

Ocupacion, veladora (reside en el hospital del Salvador.)

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales, salvo la constipacion que sufre desde sus primeros años, juntamente con dolores de vientre, la enferma ha gozado de buena salud, hasta la edad de quince años, época desde la cual sufre de la afeccion objeto del presente trabajo.

En esta época i con ocasion de defecar, notó por primera vez que de repente salió por el ano una



tumefaccion blanda, del tamaño de un huevo de gallina.

Dicha tumefaccion fué paulatinamente haciéndose mas i mas dolorosa, al mismo tiempo que difícil de reducir i mas fácil en volverse a presentar.

Dos a tres años mas tarde (la enferma no precisa bien) ya no se sujetaba el prolapso, la enferma dice estaba húmeda constantemente i su tamaño en esta época lo compara a la cabeza de un niño de pocos meses.

En esta fecha la paciente no podía andar, estaba inválida i a pesar de todo rehusó el hospital por vergüenza, resolviéndose a hacerlo solo cuando ya no podía mas en 1900, época en que fué operada.

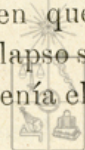
Seis meses mas tarde el prolapso se había reproducido nuevamente; pero no tenía el tamaño enorme de la primera vez.

Esta operacion dice fué mui dolorosa en su convalescencia.

En el mes de abril del presente año (1903) la enferma se decide a entrar por 2.ª vez al hospital, a causa de agregarse a los síntomas de la 1.ª vez, hemorrajias rectales (rectitis) i además por ser sus reglas dolorosas i mui irregulares, hasta constituir a veces los caracteres de una hemorragia.

El 28 de abril fué operada, por el Dr. Lucas Sierra, de su prolapso rectal.

Siguió en su operacion la línea media, línea por





demás justificada en el caso; pues se había diagnosticado conjuntamente con el prolapso del recto, miomas del útero, por lo que se practicó además de la sutura de la S (catgut) al peritoneo de la fosa ilíaca (colopexia) una histerectomía total, total por estar los ovarios seriamente comprometidos (ovari- tis crónica).

A fuer de completo se resecó el apéndice por encontrarse también enfermo (apéndice quístico). La enferma fué dada de alta enteramente sana el 29 de mayo.

Esta enferma que he podido seguir hasta el 15 de Agosto, no presenta el menor síntoma de recidiva.

Observación número 2:

Aurelio H., 42 años, soltero.

Ocupación, empleado.

Ingresó al servicio del Dr. L. Sierra M. el 17 abril de 1903.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales, en general ha gozado de buena salud.

En setiembre (24) del 94 fué operado de una fístula del ano, localizada a tres centímetros más o menos del reborde anal, dándose de alta dos meses más tarde.



Desde esa fecha, el paciente empezó a notar molestias durante el acto de la defecación.

Luego después siente sensaciones de cosquilleo al andar i lijera humedad en las ropas.

Este estado se mantuvo así hasta el año de 1900.

*Enfermedad actual.* Sintió que al ir al escusado (1900) apareció en el ano un rodete blando, que pudo apreciar perfectamente al tacto.

Este rodete aparecía solo en el momento de defecar, volviendo en seguida a perderse una vez pasado los esfuerzos de la defecación.

Este rodete que ántes aparecía solo temporalmente, se hace más i más pronunciado en el transcurso de dos i medio años. Al cabo de los cuales, el prolapso pierde el derecho de domicilio, si se le permite la expresión, sin ser irreductible.

El recto se ulcera, sobrevienen dolores, pujo, tenesmo, fenómenos éstos, frecuentes de observar, i debidos a las irritaciones causadas por el roce de las ropas i otros ajenos.

El prolapso alcanzaba en esta época una longitud de 8 centímetros.

Desde seis meses ántes de ingresar al servicio en donde fué operado, el enfermo no se podía valer por sí mismo, por cuanto al hacer cualquier esfuerzo, el prolapso aparecía de nuevo.

En el mes de marzo del presente año de 1903





el enfermo había sido operado de su prolapso, operación que no dió resultado alguno.

El 23 de mayo fué operado por el método de Jeannel.

Como en el caso de la observación número 1, se siguió la línea media, se suturó la S al peritoneo de la fosa ilíaca i se cerró el abdomen.

Dos días mas tarde, molesto el enfermo porque no se le curaba, se suelta el vendaje i llena de escrementos su herida, según aseguran los enfermos vecinos.

El resultado fué letal al cabo del tercero día.

Observación número 3:

Del Dr. M. Berger (Revue de chirurgie 24 de febrero de 1892).

Presenta un enfermo de 27 años, a quien operó de un epiteloma de la pared posterior del recto, que alcanzaba 5 centímetros de altura.

Practicó la rectotomía posterior quitando el coxis i una parte del sacro, incindió el recto a una altura de 8 centímetros.

El peritoneo no fué abierto por ser facilmente desprendible. No fué posible bajar la estremidad del recto i por la probable metástasis se suturó el intestino al nivel del sacro.

El enfermo curó, quedando solo con incontinencia para las materias fecales.



Meses mas tarde se presenta nuevamente con un prolapso de 8 centímetros de longitud, con ulceraciones estensas i dolorosas; por lo que propuso la colopexia ilíaca según el método de Jeannel.

Las tracciones efectuadas para reducir el prolapso fueron de lo mas fácil.

El asa intestinal fué fijada por el método de Reclus, pasando una barra de vidrio al travez del mesocolon. Nueve días mas tarde se abrió el intestino, quedando así un ano contra natura.

Este ano contra natura funcionó bien, sin el menor accidente.

Se pudo notar tambien que el carcinoma no se había reproducido.

El resultado operatorio por la colopexia fué ideal, a lo ménos hasta aquí.

Después de algunos meses el paciente reclama de su ano i pide se le quite, a lo que se accedió, (el autor no dice la fecha.)

En la exploración se notó un espolon que no impedía el paso a las materias fecales.

El espolon fué hecho desaparecer por la aplicación del enterostomo i en seguida se procedió a practicar su oclusión, pero al tratar de desprender la mucosa, el peritoneo fué abierto involuntariamente, por lo que hizo una sutura intestinal corriente (enterorrafia).

El enfermo curó perfectamente.





La presente observacion sujere a Berger las siguientes conclusiones:

1.° El buen resultado del método de Reclus para establecer el ano contra natura.

2.° Que a pesar de la presencia del espolon, el curso de las materias fecales no estaba interrumpido, i

3.° Que a pesar de la larga data de la sutura (colopexia) el intestino no había contraído adherencias; pues el prolapso volvía nuevamente a producirse.

Esta observacion peca por no consignar ninguna fecha de importancia.

¿La presencia de este espolon podría considerarse como partícipe en la produccion del prolapso?

Me parece probable, a lo ménos en parte, aceptando la opinion de Boeckel, (véanse las conclusiones).

Observacion número 4:

British medical journal 22 de Diciembre 1900.  
Pájina 1777.

Prolapso completo del recto tratado con éxito por la fijacion intra-abdominal.

En el mes de Marzo último un niño de *doce meses* fué traído al hospital Real de Belfast.

Este niño sufría un estenso *prolapso completo del recto*.



La masa prolapsada era de un color rojo intenso, i cuya mucosa estaba como tapizada de pequeñas ulceraciones, medía cuatro pulgadas de longitud.

En este tiempo, el prolapso solo se reducía bajo la narcosis clorofórmica.

Al hacer la reduccion se notaba el *esfinter* completamente relajado i sin resistencia.

El enfermito había sido tratado anteriormente i por espacio de tres meses por el Dr. Clokey, quien usó durante este tiempo astrinjentes i vendajes, reposo en la cama con las piernas juntas i otros tratamientos comunes en dichos casos; pero todos sin éxito alguno.

Recien entrado al hospital, hubo necesidad de aplicarle cloroformo para reducir el prolapso, una vez esto hecho, se le ataron cuidadosamente las nalgas.

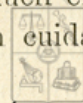
Al mismo tiempo se practicó en el niño una circuncisión.

A las 24 horas siguientes, el prolapso hubo necesidad de reducirlo por seis veces consecutivas, siendo cada vez mayor la dificultad para reducirle, a causa de la congestion creciente.

Por lo cual fue practicada la colopexia.

Esta se practicó al siguiente día.

Siguiendo una línea oblícua en la fosa ilíaca izquierda, la pared abdominal fué abierta, siguiendo en lo posible la direccion de las fibras musculares i aponeuróticas del oblícuo mayor.





Hecho esto, el intestino fué rechazado hácia la línea media i el cólon fijado lo mas altamente posible.

El peritoneo fué denudado al nivel de la sutura i fijado a la fascia ilíaca.

La sutura fué corrida i con seda.

Esta sutura se coloca de una manera oval con el objeto de tener una área ancha de intestino, en contacto con la fascia.

La porcion de intestino así adherida, queda en contacto íntimo con la insercion del meso-cólon i con el objeto de prevenir una abertura posible en caso de que mas tarde se hubieran notado síntomas de estrangulacion.

La operacion fué fácil i sin inconvenientes, el enfermo mejoró rápidamente.

El enfermo tuvo en agosto diarrea, la que no malogró la operacion.

La cicatriz es firme i sin retraccion.

Este autor se declara por lo demas ardiente partidario de esta operacion i está desidido a practicarla en casos graves como es el que relata.

La única objeccion es, dice: la posible hernia ventral; mas añade que este peligro es remoto cuando al hacer la incision en los músculos, hai el cuidado de practicarla paralelamente a sus fibras.



### Conclusiones

Aceptando el modo de pensar de Ludloff i Waldeyer, tendríamos:

1.º Que el prolapso anal se produce por caída i borramiento de los pliegues anales inferiores, lo que a su vez arrastran a los pliegues anales superiores.

2.º Que el prolapso rectal se orijina *primitivamente* en la porcion superior del recto.

3.º Que como se desprende de lo anterior, entre el prolapso anal i el prolapso rectal no existe ninguna relacion de causa a efecto. Son pues ámbos primitivos, i

4.º El prolapso ano-rectal sería producido *sin excepcion por caída de los pliegues de Douglas.* (Ludloff)

Segun la estadística de Bakes, que es la mas numerosa, de treinta i tres enfermos operados por este procedimiento, solo en tres hubo recidiva parcial, i en cuatro recidivas totales.

De la lectura de estas cifras se ve que el resultado por lo ménos es alentador.

Cabanie, en catorce observaciones, encuentra diez éxitos completos.

Kocher presenta tambien diez curaciones durables.

En la enferma a que me refiero en la observa-



cion número 1, en cuatro meses el prolapso no se ha vuelto a reproducir. El enfermo de la observacion número 2 no debe tomarse en cuenta entre los inconvenientes de la operacion. Ha sido un verdadero suicidio.

¿Cuándo está indicada la colopexia?—Objeciones:

Primero.—Es de necesidad que el prolapso sea *reductible*, ya sea espontáneamente, ya bajo reduccion por el cloroformo.

Segundo.—En *prolapsos estensos del recto*, mas aun si van acompañados de procesos inflamatorios.

Tercero.—Cuando haya otra *afeccion concomitante de parte del abdómen o de los órganos jentales en la mujer, que exijan tambien una laparotomía* (observacion número 1).

Cuarto.—Cuando hayan fracasado otros procedimientos operatorios.

Quinto.—¿Estará indicada esta operacion en casos de tumores malignos del recto que ocasionen su prolapso como en el caso de la observacion número 3?

Creo que sí, basado en la observacion de Berger, en la que meses despues de operado de un epiteloma se presenta un prolapso, que probablemente se habría evitado, si se hubiese practicado la colopexia desde un principio, e igualmente probable ésta habría dado el resultado deseado, que en el



caso de Berger no lo dió; pues al tratar de ocluir el ano contra natura, el cólon fué tambien desprendido.

Sesto.—La objecion hecha de que es una operacion de técnica difícil no debe ser tomada en cuenta, sobre todo hoi dia que la cirujía abdominal ha tomado un vuelo tan grande i que ademas quien tenga que ejecutarla ha de saber salvar o a lo ménos prevenir sus dificultades.

Sétimo.—Prueba que la operacion no es grave en sí, cuando ha sido soportada por un niño de doce meses (observacion número 4).

Sabido es que una operacion, por fácil que sea en un niño, se hace difícil a causa de la poca reflexion i cuidados que hai que tener.

Octavo.—La colopexia será la operacion de eleccion, en los casos de prolapso recto cólico con invaginacion de la parte superior en la inferior.

Noveno.—La objecion que puede tomarse como *mas seria* es la que se desprende de los experimentos de Ludloff hechos en los perros.

Este autor ha demostrado que las adherencias en superficie del intestino al peritoneo se estiran, son elásticas.

FIN.







BIBLIOGRAFIA



Testut, Anatomia descriptiva.

Llobert, Practique chirurgicale.

Le-Dentu i Delbert, cirujía clínica i operatoria.

Bergman i Mikulicz, » » »

British medical journal (Diciembre 22 1900).

Lannée chirurgicale 1900.

Revue de chirurgie de 1885 a 1903.

Duplay i Rielus, tomo VI.

E. Forge, pathologie esterne.

Kloss, » »

