



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

10

8

GUILLERMO GHIGLIOTTO SALAS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
TRATAMIENTO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DEL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

PROLAPSO DEL RECTO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EN LOS NIÑOS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

INYECCIONES DE ERGOTINA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
MEMORIA DE PRUEBA
para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia
de la Universidad de Chile.
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA I ENCUADERNACION UNIVERSITARIA

DE S. A. GARCIA VALENZUELA

TALLERES, GAY 1765-67.—OFICINA, BANDERA, 41.

1905



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

TUCH
MED
1905
G423t
C.1

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

GUILLERMO GHIGLIOTTO SALAS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
TRATAMIENTO

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DEL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

PROLAPSO DEL RECTO

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

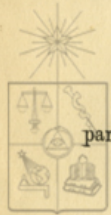
EN LOS NIÑOS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

INYECCIONES DE ERGOTINA

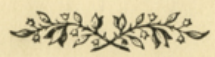
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA DE PRUEBA
para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia
de la Universidad de Chile.

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
IMPRENTA I ENCUADERNACION UNIVERSITARIA

DE S. A. GARCIA VALENZUELA
TALLERES, GAY 1765-67.—OFICINA, BANDERA, 41.

1905

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TRATAMIENTO

DEL

PROLAPSO DEL RECTO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EN LOS NIÑOS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DOS PALABRAS

A mi profesor

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Dr. Lucas Sierra M.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Homenaje de su discípulo

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Gmo. Ghigliotto S.

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

DOS PALABRAS

El presente trabajo lo hemos dividido para mayor claridad en tres partes. La primera parte comprende la anatomía, patología, la etiología i patogenia, a las cuales hemos dedicado una atención especial, la sintomatología i complicaciones.

En la segunda parte hemos espuesto los diversos tratamientos empleados, sin tomar en consideración ni el valor ni el resultado de cada uno.

En la tercera parte hemos espuesto el tratamiento por medio de las inyecciones de ergotina, con las observaciones i las conclusiones.

Antes de empezar debo dar las gracias i manifestar mis agradecimientos al doctor Francisco Castañeda Iglesias, médico jefe del hospital de niños, por su valiosa cooperación en la confección del presente trabajo.

Doi igualmente las gracias a los doctores Gilberto Infante i Herrera Roger por las facilidades que me han dado para trabajar en sus salas.



PRIMERA PARTE.



En los niños como en los adultos el prolapso del recto no es sino la salida a través del ano de una parte mas o menos considerable del intestino.

Cuando el recto está prolapsado encontramos en lugar del ano un tumor que lo cubre, de forma cilíndrica o redondeada, de color rojo, liso o con muchos pliegues transversales i deprimido en el vértice.



Museo Nacional de Medicina

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La constitucion anatómica de este tumor varia con el grado del prolapso, pues en los niños distinguimos tambien tres grados de prolapso, segun las partes del intestino que salgan al exterior.

Primer grado.—Prolapso simple de la mucosa rectal. En el momento de la defecacion sale un rodete de mucosa mas o menos largo, formando un cilindro blando, fácilmente deprimible i con muchos pliegues transversales. Esta salida de la mucosa sola, la explican los autores diciendo que se debe a que siendo el tejido sub-mucoso del



recto muy laxo, permite fácilmente el deslizamiento de la mucosa sobre la muscular i es arrastrada junto con el bolo fecal. De manera que en esta clase de prolapso, que es la mas comun de todas, sale una sola de las tunicas rectales: la mucosa. La tumefaccion que en este caso aparece al exterior se continúa directamente por su base con la piel del ano.

Segundo grado.—El prolapso de segundo grado está constituido por la salida del recto con sus tres tunicas, llamada tambien caída del recto o invaginacion del recto. Aquí se invierte el recto con todas sus tunicas: mucosa, muscular i serosa, a modo de un dedo de guante, formando un cilindro doble. Esta invaginacion se facilitaria, segun los autores, por la relajacion de los ligamentos que unen el recto i el cólon a la pélvis i a las paredes abdominales respectivamente. El aspecto es mas o ménos el mismo del prolapso de la mucosa, pero al tacto el tumor es mas duro i resistente i tambien mas liso. La base de este tumor no se continúa directamente con la piel de la rejion; existe por el contrario un surco entre la parte prolapsada i el ano, en el cual se puede introducir el dedo o un estilete. La parte que sale al exterior puede ser pequeña, pero interiormente la lonjitud de la invaginacion puede ser considerable. Haciendo un corte trasversal de la parte prolapsada, encontraríamos las siguientes capas: 1.º una capa mucosa, 2.º una muscular, 3.º una serosa, 4.º nuevamente serosa, 5.º una muscular i 6.º nuevamente una mucosa. El prolapso de la mucosa puede llegar a producir un prolapso total del recto: la mucosa arrastraria poco a poco en su movimiento de propulsion a la muscular, i así se completaria el prolapso.

Tercer grado.—El tercer grado de prolapso es muy raro

en el adulto i mas raro aun en el niño. Está constituido por un prolapso total en el cual, ademas de haber salido el recto con sus tres tunicas, ha sido arrastrada una asa intestinal que viene a quedar comprendida entre los dos cilindros de la invaginacion rectal, entre las dos capas serosas del prolapso. Esta forma, como ya lo dijimos, es sumamente rara, i se acompaña de perturbaciones graves. Se produce cuando aumenta mucho la presion en el interior de la cavidad abdominal o bien cuando a consecuencia de inflamaciones de la superficie del recto se han producido adherencias con las demas asas intestinales.

El prolapso del recto es, como se sabe, una enfermedad muy comun en el niño. Los autores señalan como su máximo de frecuencia la edad de 2 a 6 años. Por lo jeneral no se acompaña de perturbaciones graves, excepto en los casos de prolapso de tercer grado o bien en los casos de segundo grado cuando el prolapso se hace constante. En este último caso las molestias son extremas, los niños dejan de mamar o de comer i mueren de inanicion o a consecuencia de infecciones secundarias.

La variedad de prolapso que predomina en el niño es el prolapso de la mucosa, sin embargo, que casi todas las observaciones que han servido de base a esta memoria son de prolapso completo. Esto se esplica porque el prolapso de primer grado cede, por lo jeneral, con facilidad al tratamiento médico, mientras que nosotros hemos tomado para tratar por la ergotina los casos rebeldes, que son casi todos aquellos en que el prolapso es completo.

La lonjitud del prolapso es muy variable: va desde 1 hasta 15 i mas centímetros, siendo de 5 a 6 el término medio.



ETIOLOGÍA.

Al tratar de la etiología del prolapso, las opiniones de los autores se encuentran algo divididas. Por lo común le asignan una multitud de causas. La influencia de algunas de ellas (constipación, diarreas) es universalmente reconocida. Pero, por lo jeneral, cada autor tiene una causa especial, favorita, a la cual concede un rol preponderante sobre las demás i por medio de la cual cree explicar la producción del prolapso.

Así, por ejemplo, HENOCH dice lo siguiente: «A veces es casi imposible encontrar la causa de un prolapso que existe hace varios meses. Los niños están en perfecta salud i no han presentado jamás síntomas intestinales marcados. Se puede aun tomar como causa una constipación continua que daría lugar a esfuerzos constantes. Puede suceder también a una diarrea o disentería rebelde. El hinchamiento catarral de la mucosa del recto i el aumento del relajamiento de su parte media, son entonces causas predisponentes. La caída del recto puede también sobrevenir por exajeración de la presión abdominal. Se podría todavía determinar si la atonía del esfínter interno desempeña un rol preponderante en la patojenia del prolapso. El hecho de que en la mayor parte de los casos se pueda penetrar fácilmente con el dedo en el recto sin encontrar la fuerte resistencia muscular que se siente de ordinario, corrobora esta manera de pensar, i también la observación terapéutica, que muestra que los medios que activan las contracciones son mejores. *La influencia de los grandes esfuerzos de expulsión repetidos sin cesar sobre la producción del prolapso, está demostrada por su aparición*



como consecuencia de la litiasis vesical. Os recomiendo en los niños con prolapso del recto pensar particularmente en el cálculo vesical.

Como se ve, HENOCH, después de haber enumerado la diarrea, la constipación i la atonía del esfínter, quiere explicarnos el prolapso o por lo ménos da un rol preponderante en su producción a la presencia de cálculos vesicales.

GROSS, al hablar de la etiología del prolapso, enumera diversas causas i después dice: «En los niños la razón del prolapso está en la pequeña altura i débil incurvación de la pelvis, el trayecto rectilíneo del recto i el peso relativamente considerable de la masa intestinal. El volumen del recto, mas grande en el niño que en el adulto con relación a las dimensiones de la pelvis, es también una causa predisponente.»

Como vemos, GROSS da una importancia capital a la anatomía de la pelvis i a la relación que guardan entre sí los órganos abdominales del niño.

SAINT GERMAIN dice lo siguiente: «Llego actualmente a la etiología i patojenia. La causa mas admisible de prolapso rectal es la continuación de las contracciones rectales i abdominales que constituyen el esfuerzo defecador en los momentos en que el intestino ya se ha vaciado. En la defecación fisiológica el bolo fecal llega por efecto de la presión hasta por encima del ano. Los músculos vecinos i los de la pared abdominal entran en contracción i el contenido es espulsado. Pero suponed la repetición de los mismos esfuerzos en un niño atacado de diarrea o suprapurgado o simplemente en un niño que se deja demasiado tiempo sentado en la bacinica. La continuidad del esfuerzo se ejerce sobre la mucosa, que se conjestiona i que estando





debilmente adherida tiende a ser espulsada bajo la forma de rodete. Los esfinteres resisten primero, pero se fatigan despues i ceden poco a poco, produciéndose así la salida de un tumor o rodete que tiene la tendencia a crecer siempre.»

Como vemos, SAINT GERMAIN nos quiere explicar el prolapso por los esfuerzos repetidos, i le concede la mayor importancia.

PEYROT, al hablar de las afecciones del recto, enumera las diversas causas dadas por los demas autores i despues agrega: «Otros motivos fisiológicos i patológicos han sido antepuestos, i son la detestable costumbre que se tiene algunas veces de dejar los niños largo tiempo sentados en la bacínica, los esfuerzos determinados por la constipacion, los cálculos vecicales, los ascárides, las diarreas crónicas persistentes, los pólipos del recto, las fimosis, las adherencias prepuciales i la coexistencia de una estrechez con-jénital del recto en su union con la S iliaca. *Todo esto se resume en dos palabras: todas las afecciones que producen esfuerzos espulsivos repetidos..»*

Como se ve, PEYROT acepta las causas que dan todos, pero produciendo el prolapso, no por sí mismas, sino por que dan lugar a esfuerzos repetidos. Es mas o ménos la misma opinion de SAINT GERMAIN.

POULET i BOUSQUET en su tratado de patología esterna, dan la mayor importancia al estado jeneral, a la debilidad i a la convalecencia de fiebres graves.

ROTHSCHILD en su tratado de niños, divide las causas del prolapso en determinantes i predisponentes. Entre las primeras cita los esfuerzos de la constipacion, tos, diarreas i cálculos. Al hablar de las causas predisponentes, dice:

«El raquitismo que está caracterizado por un relajamiento,

una debilidad constitucional de todos los tejidos i en particular de los medios de fijeza del recto i del esfínter anal, parece ser la causa del prolapso.»

Como se vé, ROTHSCHILD admite diversas causas pero cree que el papel mas capital está reservado al raquitismo.

COMBY dice lo siguiente: «La constipacion habitual i los esfuerzos que la defecacion determina bastan a veces para la produccion de la enfermedad. Pero mas a menudo es a consecuencias de diarreas o de accidentes desinteriformes que se produce la enfermedad. *En estos casos la inflamacion repetida i crónica de la mucosa rectal provoca el relajamiento de los esfinteres i favorece la invajinacion de la mucosa.*

Por lo anteriormente espuesto, hemos podido ver la discordancia de ideas que hai aun entre los autores clásicos para explicar la causa del prolapso.

Las ideas modernas sobre la etiología i patogenia del prolapso, en parte diseñadas ya por algunos autores antiguos, parecen mas acertadas. Hoi dia se cree, i nosotros estamos de acuerdo con estas ideas, que el prolapso del recto para poder producirse necesita como condicion indispensable la relajacion o atonía del esfínter. Decimos diseñadas por algunos autores, pues en los libros antiguos encontramos ya enunciada esta idea. Uno de los primeros parece que fué DUCHAUSSOY, que creyendo que la causa del prolapso era una pérdida de la tonicidad del esfínter, se propuso remediarlo por la aplicacion de estricnina en el dérmis de la márjen del ano para producir así la tonificacion de este órgano.

HENOCH tambien tuvo sospechas de este mecanismo i lo espresó claramente, pues hemos visto que al hablar de la etiología del prolapso nos dice: *Se podria todavia deter-*



minar si la atonía del esfínter interno desempeña un rol preponderante en la patología del prolapso. El hecho de que en la mayor parte de los casos se pueda penetrar fácilmente con el dedo en el recto sin encontrar la fuerte resistencia muscular que se siente de ordinario, corrobora esta manera de pensar, i también la observación terapéutica que muestra que los medios que activan las contracciones son mejores. »

Como vemos, HENOCH no solamente enuncia la idea del rol que puede desempeñar el esfínter en la producción del prolapso, sino que todavía da dos pruebas de ella: primera, el fácil acceso del recto al dedo; i segunda, la eficacia de los medios terapéuticos que producen la contractura del esfínter.

SAINT GERMAIN también cree que el esfínter tenga alguna importancia, pues en una parte nos dice: «Es sobre todo en los viejos en los cuales la atonía del esfínter, a la cual nosotros hemos rehusado un valor causal para el niño, desempeñará un rol verdadero en la etiología del prolapso.»

Aquí SAINT GERMAIN considera la atonía del esfínter como la causa del prolapso en los viejos i enuncia la idea del papel que puede tener en el niño.

Esta idea de la relajación del esfínter enunciada por DUCHAUSOY, VIDAL, HENOCH i SAINT GERMAIN es la misma que acepta COMBY, pues hemos visto que dice que a consecuencias de la inflamación repetida i crónica de la mucosa rectal se produce la relajación de los esfínteres, que favorece la invaginación de la mucosa.

La opinión de COMBY es la que a nosotros nos parece mas aceptable. El prolapso se explicaría entonces por la relajación o pérdida de tonicidad del esfínter. De esta pérdida de la tonicidad del esfínter tenemos varias pruebas:

Primera. La enunciada por HENOCH, que dice que en los niños con prolapso se puede penetrar fácilmente con el dedo el recto sin encontrar la fuerte resistencia que existe en el estado normal.

Segunda. En algunos niños con prolapso esta relajación está a la vista, pues vemos que aun en el estado de reposo el ano está abierto i las materias fecales líquidas manan constantemente i sin impulso alguno.

Tercera. La observación terapéutica nos confirma esta idea, pues vemos que los medicamentos que producen o activan la contracción del esfínter, como es la ergotina, por ejemplo, son de lo mas eficaces para combatir la enfermedad.

Esta pérdida de la tonicidad del esfínter tiene naturalmente diversos grados: puede ir desde un debilitamiento muscular poco apreciable hasta la relajación completa que deja el ano constantemente abierto.

Ahora tenemos que averiguar cuales son las causas que producen esta relajación del esfínter. Hay una multitud de causas, que podemos clasificar en tres grupos principales.

Primero. Causas que producen la relajación del esfínter a consecuencia de esfuerzos repetidos.

Segundo. Causas que producen la relajación del esfínter a consecuencia de una exajeración de las funciones de este órgano, i

Tercero. Relajación del esfínter de causa nerviosa.

Entre las causas que producen el prolapso a consecuencia de esfuerzos repetidos, enumeraremos solamente las mas importantes, que son: 1.º el dejar largo tiempo a los niños sentados en la bacinica; 2.º La constipación habi-



tual; 3.º Los esfuerzos que ocasiona la coqueluche; i 4.º los cálculos vecicales.

Entre las causas que ocasionan la relajacion del esfínter a consecuencia de una exajeracion de las funciones de este órgano, tenemos las enteritis i colitis agudas o crónicas, disenteria, cólera infantil, catarros intestinales crónicos; en una palabra, todas las afecciones que dan lugar a deposiciones frecuentes.

La tercera causa de oríjen nervioso, que algunos ponen en duda, es necesario admitirla, pues vemos que algunos niños, sin tener diarrea ni constipacion, ni cálculos vecicales, es decir, sin que exista ninguna causa apreciable tienen una relajacion del esfínter que ha producido un prolapso. En estos casos es necesario admitir una causa nerviosa. La relajacion del esfínter en estos casos suele llegar a un grado extremo, hasta el punto de dejar el ano abierto aun en el estado de reposo. Por lo jeneral cuando la atonía del esfínter se debe a una causa nerviosa se acompaña tambien de atonía del esfínter vecinal i los niños presentan entónces incontinencia de orina.

SINTOMATOLOGÍA.

La enfermedad se desarrolla casi siempre paulatinamente. El prolapso empieza, en jeneral, por ser simplemente mucoso. Sucede que en el momento de la defecacion vemos salir a traves del ano un rodete de mucosa que ocupa una parte de la circunferencia o la circunferencia entera del ano, pero que tiene a lo sumo un centímetro de longitud o ménos aun i que una vez terminada

la defecacion vuelve a entrar a la cavidad rectal. Al cabo de cierto tiempo este prolapso empieza a aumentar de longitud hasta llegar a formar un tumor cilíndrico de varios centímetros de largo, con pliegues trasversales, cubierto de mucosidades i materias escrementicias, que tiene un orificio en el vértice donde se puede introducir el dedo o un estilete hasta tocar el esfínter i que en algunas ocasiones se continúa por su base con la piel del ano i en otras está separada de ella por un surco.

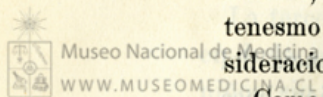
La mucosa rectal no encontrando en la resistencia del esfínter la barrera habitual que impide su eversión, hace hernia. La hernia de la mucosa va aumentando paulatinamente hasta que llega un momento en que las otras tunicas del recto son tambien arrastradas por ella en su descenso, i se constituye entónces el prolapso completo del recto, la caída del recto.

Cuando la parte prolapsada es pequeña i la enfermedad no data de mucho tiempo, la reduccion se efectúa espontáneamente despues de la defecacion; pero poco a poco esta facilidad para la reduccion se pierde. Ya no se verifica espontáneamente, sino que necesita ayudarla el niño o una persona estraña. La reduccion se va haciendo cada vez ménos fácil i ménos completa, a medida que la relajacion del esfínter va tomando mayores proporciones, i la enfermedad puede progresar hasta el punto de que el prolapso se haga constante. Un prolapso del recto constante es raro en el niño, sin embargo se suele ver. El enfermo necesita entónces estar constantemente acostado para evitar las presiones i el contacto de las ropas con el intestino. Casi siempre se producen ulceraciones en la parte prolapsada, que dan lugar a hemorragias e infecciones secundarias que concluyen con la vida del enfermo.



COMPLICACIONES.


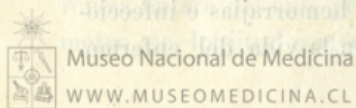
El prolapso del recto en los niños, por lo jeneral, no se acompaña de complicaciones; pero pueden producirse. Las mas comunes son las escoriaciones i ulceraciones de la mucosa, que pueden ser simples o bien acompañarse de tenesmo i dar lugar a hemorragias que nunca son de consideracion.



Como complicaciones ya mas raras podemos mencionar la irreductibilidad del prolapso. Entónces podemos decir que la parte prolapsada ha perdido su derecho a domicilio. Esta pérdida del derecho a domicilio puede ser debida a dos causas: primero, a una relajacion tan completa del esfínter que no baste absolutamente para contener el intestino, i segundo, puede suceder tambien cuando habiendo un prolapso total del recto, una invaginacion del recto, se hayan producido adherencias entre las dos hojas peritoneales que lo cubren e impidan así su reduccion.



Las otras complicaciones del prolapso que se observan en el adulto, como son la presencia de una asa intestinal entre los dos cilindros del recto, o hedrocele como se llama tambien, el estrangulamiento del prolapso i las desviaciones uterinas, no se observan en el niño.

 Museo Nacional de Medicina
SEGUNDA PARTE**Diversos tratamientos empleados.**

En el tratamiento del prolapso del recto se ha usado una infinidad de sistemas i de medicamentos. Se ha ido desde las prácticas vulgares mas comunes, sensatas unas i disparatadas las otras, hasta los tratamientos de la mas alta cirugía. Nosotros los pasaremos rápidamente en revista, nos contentaremos solo con enumerarlos sin entrar a fondo en sus detalles i sin hacer la crítica de cada uno de ellos, lo cual nos llevaria demasiado léjos, i en seguida espondremos el tratamiento que nosotros hemos seguido.

Digo prácticas vulgares disparatadas porque existe entre el vulgo un medio de curar esta enfermedad, que por desgracia está algo jeneralizado entre la jente de nuestro pueblo, i que consiste en quemar la parte prolapsada con un ladrillo bien caliente que se aplica entre las dos nalgas. Tratamiento, como se ve, de lo mas bárbaro i disparatado i que, por desgracia, en mas de una ocasion ha traído la muerte del paciente.

Comunmente se emplean para combatir esta enfermedad los lavados con sustancias astringentes, como son el extracto de ratania, piedra alumbre, tanino, acetato de plo-





mo, sulfato de zinc, vino caliente, corteza de quina i sulfato de fierro.

Lavados frios con pedazos de hielo.

Aplicacion de un pedazo de hielo solo, de la forma i del tamaño de un huevo de paloma, que se deja fundir en el recto.

Los cuidados hijiénicos, como ser el defecar acostado o parado, o bien sujetándose uno mismo los bordes del ano con los dedos para impedir así la salida del intestino.

La aplicacion de vendajes de diversas formas, que tienen todos una pelota que se aplica sobre el ano i lo comprime.

Algunos recomiendan la introduccion del dedo en el recto i mantenerlo allí durante cuatro a seis horas diarias, i ensayar así por espacio de dos a tres semanas.

Otros aconsejan obrar directamente sobre la parte prolapsada. Cubrir la superficie con alumbre en polvo.

Tocaciones con lápiz de nitrato de plata.

Bañar toda la parte prolapsada con ácido nítrico fumante para producir su necrosis.

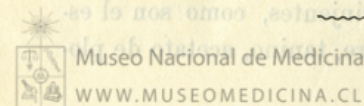
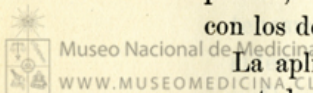
Cauterizaciones con fuego, ya sea en forma de puntas o de rayas en diversos sentidos.

Escision de la parte prolapsada con termo cauterio.

Cauterizacion con fuego en los alrededores del ano.

Escision a bisturí de la parte prolapsada.

I, por último, algunos aconsejan no intervenir en el niño sino esperar el crecimiento para hacer la colotomía o la recto pexia.



esta defecacion en la oscuridad i se vio tambien que en aplicacion no estaba exenta de dolores en un niño chico...
Vidal, para esto uno de los...
Vidal usó las inyecciones...
como en los niños i obtuvo buenos resultados. Este nuevo sistema se separó rápidamente i se hizo un sistema de inyecciones para niños...



TERCERA PARTE

Tratamiento del prolapso del recto en los niños por las inyecciones de ergotina

La idea de tratar el prolapso del recto por las inyecciones de ergotina no fué un descubrimiento momentáneo i rápido, venia preparándose poco a poco i fué el resultado del perfeccionamiento de otro sistema.

El profesor Duchaussoy pensando que el prolapso del recto en los niños reconocia como causa la pérdida de la tonicidad del esfinter, se propuso remediar la enfermedad tonificando este órgano. Para ello creyó conveniente usar la estricnina en aplicaciones locales, i se servia del método siguiente: por medio de pastas cáusticas ponía a descubierto en dos o tres puntos el dérmis de la márjen del ano i despues aplicaba allí soluciones de estricnina para que absorbiéndose tonificaran el esfinter.

Así obtuvo Duchaussoy resultados escasos porque el procedimiento era mui imperfecto i la absorcion demasiada mediocre. Entónces buscó un medio de hacer la absorcion mas abundante i segura i recurrió a las inyecciones de estricnina. Este procedimiento produjo mejores resultados i se siguieron haciendo ensayos, pero luego se notó





cierta deficiencia en la estriquina i se vió tambien que su aplicacion no estaba exenta de peligros en un niño chico.

Vidal, que era uno de los que mas habia ensayado el nuevo tratamiento, fué uno de los primeros en reconocer los inconvenientes de la estriquina. Entonces trató de reemplazarla por otro medicamento, i empleó la ergotina.

Vidal usó las inyecciones de ergotina tanto en los niños como en los adultos i obtuvo buenos resultados. Este nuevo sistema se esparció rápidamente i se hicieron nuevos ensayos.

DETOURBE, en Francia, en 1880, publicó algunas observaciones de niños tratados por inyecciones de ergotina obteniendo buenos resultados en algunos pero no en todos, i por esto concluye diciendo que el procedimiento es bueno pero que está léjos de ser absolutamente seguro.

Despues de DETOURBE los únicos que se ocuparon de ensayar seriamente este tratamiento, han sido SAINT GERMAIN en Francia i HENOCH en Alemania. Los dos están de acuerdo en sus ideas, pues dicen que el procedimiento es bueno pero que no es completamente seguro.

Despues de estos autores el procedimiento se fué dejando de mano hasta el punto de caer en un olvido casi completo. Así ha estado durante algunos años hasta que hoi dia parece que vuelve de nuevo sobre su prestijio i está entrando de nuevo en la práctica.

En el Hospital de Niños de Santiago el doctor Francisco Castañeda lo emplea desde hace algun tiempo i ha obtenido resultados espléndidos, hasta el punto de no haber fallado en ningun caso.

El tratamiento que se sigue en el Hospital de Niños donde yo he trabajado, es el siguiente. Primero se trata

de suprimir la causa que ha ocasionado la relajacion del esfinter. En una palabra, tratar primeramente las enteritis, colítis, constipacion, coqueluche, etc. Una vez tratadas estas enfermedades, si el prolapso no cede al tratamiento por lavados astrinjentes, se le aplica la inyeccion de ergotina, Para esto, se deja el niño en ayunas i se le da cloroformo; se desinfecta la rejion del ano con alcohol sublimado i se aplica una inyeccion de ergotina de un centímetro cúbico, dividida en cuatro partes. Una parte en cada uno de los puntos cardinales del esfinter: adelante, atras i a los dos lados.

La solucion de ergotina que se emplea es la siguiente:

Ergotina de Bonjean.....	1 g
Glicerina.....	5 »
Agua destilada.....	5 »

Con este sistema los doctores Castañeda e Infante han tratado durante el año 1904 treinta casos de prolapso que se encuentran apuntados en el libro de estadística del Hospital de Niños, obteniendo un resultado definitivo en todos los casos. De los 30 niños tratados, 21 sanaron con una sola inyeccion, 5 necesitaron 2 inyecciones, 2 necesitaron 3 i otros 2 necesitaron 4 inyecciones.

Yo, durante el presente año, he tenido ocasion de tratar bajo la direccion del doctor Castañeda 14 casos de prolapso, cuyas observaciones acompaño, siguiendo en todos ellos el mismo réjimen, i he obtenido en todos la cura total del prolapso. Algunos de ellos databan de un año i tenian hasta 15 centímetros de lonjitud. Solamente en dos casos he tenido necesidad de repetir la inyeccion, como lo veremos en las observaciones.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACIONES

Observacion núm. 1.—María Riquelme, de 8 años de edad. Entró el día 12 de Abril. De constitucion débil, panículo adiposo escaso i conjuntivas pálidas. Padece de enterítis aguda desde hace un mes.

En el hospital mejoró rápidamente de su enterítis, pero quedó con un prolapso total del recto de 5 centímetros de longitud que se producía en cada defecacion.

El día 25 de Abril se le dejó en ayunas i se le puso una inyeccion de ergotina. El resultado fué inmediato, el prolapso no volvió a producirse. La niña vista un mes despues continuaba en perfecta salud.

Observacion núm. 2.—Francisco Jara, de 5 años de edad. Padece de una úlcera tuberculosa en la mano derecha. Estando en el hospital fué atacado de coqueluche a consecuencia de lo cual se produjo un prolapso del recto de 3 centímetros mas o menos.

Como no cediese al tratamiento por los lavados astringentes, se le puso una inyeccion de ergotina el día 26 de Abril, con la cual no volvió a reproducirse el prolapso. Visto dos meses i medio despues, continuaba sano.

Observacion núm. 3. Olga Ahumada Anguita, de un año diez meses de edad. Enferma de la clientela privada del Doctor Castañeda. Padece de una enterítis i de un prolapso de 10 centímetros de longitud. Creyéndola sana de su enterítis, se le puso una inyeccion el día 28 de Abril, que no dió resultado. Se continuó el tratamiento de la enterítis, que al suspenderlo habia vuelto de nuevo. El día 2 de Mayo se le puso una segunda inyeccion que solo la mejoró por dos dias, al cabo de los cuáles volvió a re-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

producirse el prolapso. Se esperó cinco dias mas, al cabo de los cuales se le puso una tercera inyeccion, con la cual sanó definitivamente la enferma. Vista despues, continúa sana.

Observacion núm. 4. María Luisa Herrera, de 4 años. Sala del Carmen núm. 3. Atacada de una colitis aguda desde hace un mes, con un prolapso de 8 centímetros.

Se le puso una primera inyeccion el día 1.º de Mayo, que no dió resultado.

El día 6 de Mayo se le puso una segunda inyeccion con la cual sanó definitivamente.

Observacion núm. 5. Rosa Ester Baltierra, de 2 años. Entrada el día 18 de Abril. Padece de impetigo. Sin que podamos encontrar una causa apreciable, tiene un prolapso de 6 centímetros de longitud, del cual padece desde hace un año.

El día 5 de Mayo se le puso una inyeccion de ergotina con la cual sanó completamente.

Observacion núm. 6. Ana Rosa Leiva, de 3 años. Sala de San José núm. 25. Padece desde dos años de un prolapso del recto de 6 centímetros de longitud, que está ulcerado i da lugar a deposiciones sanguinolentas. Entró al Hospital a consecuencia de una enterítis aguda, teniendo hasta 15 i 20 deposiciones al dia.

Entró el día 20 de Mayo: mejoró rápidamente de la enterítis. El día 29 de Mayo se le puso una inyeccion, con la cual desapareció por completo el prolapso.

Observacion núm. 7. Ines Aldunate, de dos años de edad. Hace un año que padece de un prolapso de 4 centímetros, que se produjo a consecuencia de una diarrea. Al principio era muy pequeño, pero dice la madre que ha ido aumentando de longitud.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El día 31 de Mayo se le puso la inyección de ergotina. Sanó definitivamente.

Observación núm. 8. María del C. Espinosa, de 4 años de edad. Tiene un prolapso mucoso de 4 centímetros, sin causa apreciable, rebelde al tratamiento médico.

El día 7 de Junio se le puso una inyección de ergotina, con la cual sanó definitivamente.

Observación núm. 9.—Efrain Ramírez, de 2 años 6 meses. Padece de una colitis aguda desde hace un mes. Tiene también un prolapso total de 5 cm.

Tratado de su colitis, se le dejó en ayunas el día 8 de Junio i se le puso ergotina. Sanó completamente.

Observación núm. 10.—María Cristina Soto, de 3 años de edad. Padece de coqueluche. Prolapso de 6 cm de longitud.

Inyección de ergotina el día 9 de Junio. Curación inmediata.

Observación núm. 11.—Domingo 2.º Isamil, de 6 años de edad. Padece desde hace 6 meses de incontinencia de orina i prolapso del recto. Entró al Hospital a consecuencia de una enteritis aguda. El prolapso tiene 5 cm de longitud i es rebelde al tratamiento médico.

El día 10 de Junio se le puso una inyección de ergotina. Desapareció completamente el prolapso.

Observación núm. 12.—Berta Pérez, de 3 años. Padece desde hace dos meses de una colitis i tiene un prolapso de 4 cm de longitud. El tratamiento médico no dió resultados.

El 12 de Junio se le puso una inyección de ergotina. Curación completa del prolapso.

Observación núm. 13.—Alejandro Bustamante, de 4 años. Padece de una enteritis desde hace 3 meses. Mas o

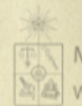


ménos desde esa misma época tiene prolapso del recto; al principio se le salía poco, pero ha ido aumentando; actualmente tiene unos 7 cm de longitud.

Después de curar la enteritis i después de haber usado lavados astringentes contra el prolapso, se le puso una inyección de ergotina el día 8 de Julio. Curó radicalmente.

Observación núm. 14.—Luisa Navarrete, de 2 años 8 meses. Padece de una colitis desde hace 2 meses. Últimamente se ha complicado con prolapso del recto de 6 centímetros.

Como no diera resultado el tratamiento médico, se usó la ergotina. Se le puso una inyección el 20 de Julio con la cual sanó definitivamente.



CONCLUSIONES

1.^a La relajacion del esfinter desempeña un rol capital en la produccion del prolapso del recto.

2.^a La relajacion del esfinter se produce por muchas causas que podemos clasificar en tres grupos:

I.—Causas que producen la relajacion del esfinter a consecuencia de esfuerzos repetidos. Constipacion habitual, cálculos vecicales, coqueluche.

II.—Causas que producen una relajacion del esfinter a consecuencia de una exajeracion de las funciones de este órgano. Enterítis, colítis, diarreas, disentería, etc.

III.—Relajacion del esfinter de causa nerviosa.

3.^a Las inyecciones de ergotina son un medio seguro i eficaz para combatir el prolapso del recto en los niños.

