BIBLIOTECA MEDICA ROMA
3

Año 1916 No. 3100

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Misc. B. 26.9

Prolapso del Recto

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL LACOLLA

Ex-Practicante menor y mayor interno del Hospital Vecinal de Villa Devoto.

Ex-Practicante mayor interno del Hospital Vecinal San Bernardo.

Ex-Practicante mayor interno del Hospital Las Heras.

BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

1916

TALLERES GRAFICOS

VITULLO OSORIO Hermanos

4363 - Costa Rica - 4369

BUENOS AIRES

Prolapso del Recto

Año 1916 No. 3100

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Prolapso del Recto

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL LACOLLA

Ex-Practicante menor y mayor interno del Hospital Vecinal de Villa Devoto.

Ex-Practicante mayor interno del Hospital Vecinal San Bernardo.

Ex-Practicante mayor interno del Hospital Las Heras.

1916

TALLERES GRAFICOS
VITULLO OSORIO Hermanos
4363 - Costa Rica - 4369
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSE PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. ,, ,, PEDRO N. ARATA
3. ,, ,, ROBERTO WERNICKE
4. ,, ,, PEDRO LAGLEYZE
5. ,, ,, JOSE PENNA
6. ,, ,, LUIS GUEMES
7. ,, ,, ELISEO CANTON
8. ,, ,, ANTONIO C. GANDOLFO
9. ,, ,, ENRIQUE BAZTERRICA
10. ,, ,, DANIEL J. CRANWELL
11. ,, ,, HORACIO G. PIÑERO
12. ,, ,, JUAN A. BOERI
13. ,, ,, ANGEL GALLARDO
14. ,, ,, CARLOS MALBRAN
15. ,, ,, M. HERRERA VEGAS
16. ,, ,, ANGEL M. CENTENO
17. ,, ,, FRANCISCO A. SICARDI
18. ,, ,, DIOGENES DECOUD
19. ,, ,, BALDOMERO SOMMER
20. ,, ,, DESIDERIO F. DAVEL
21. ,, ,, GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. ,, ,, DOMINGO CABRED
23. ,, ,, ABEL AYERZA
24. ,, EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
,, ,, MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Telemaco Susini
2. „ „ Emilio R. Coni
3. „ „ Olhinto de Magalhaes
4. „ „ Fernando Widal
5. „ „ Osvaldo Cruz

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Enrique Bazterrica

Vice-Decano

Dr. D. Carlos Malbran

Consejeros

Dr. D. Luis Guemes
,, ,, Enrique Bazterrica
,, ,, Enrique Zarate
,, ,, Pedro Lacavera
,, ,, Eliseo Canton
,, ,, Angel M. Centeno
,, ,, Domingo Cabred
,, ,, Marcial V. Quiroga
,, ,, Jose Arce
,, ,, Abel Eyerza
,, ,, Eufemio Uballes (con lic.)
,, ,, Daniel J. Cranwell
,, ,, Carlos Malbran
,, ,, Jose F. Molinari
,, ,, Miguel Puiggari
,, ,, Antonio C. Gandolfo (Suplente)

Secretarios

Dr. P. Castro Escalada (Consejo directivo)
,, Juan A. Gabastou (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

Dr. Roberto Wernicke
„ J. Z. Arce
„ Pedro N. Arata
„ Francisco De Veiga
„ Eliseo Canton
„ Juan A. Boeri
„ Francisco A. Sicardi

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	,, LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva..	,, RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva..	,, RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva..	,, JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva..	,, PEDRO BELOU
Química Médica	,, ATANASIO QUIROGA
Histología	,, RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	,, ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	,, HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica... ...	,, PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	,, RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	,, GREGORIO ARAOZ ALFARO ,, DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.	,, AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	,, TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica ...	,, JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	,, DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	,, LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica. ...	,, BALDOMERO SOMMER
,, Génito-Urinarias	,, PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	,, JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	,, JOSE PENNA
,, Oto-rino-laringológica. ...	,, EDUARDO OBEJERO
Patología interna	,, MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica..	,, PEDRO LAGLEYZE
,, Médica..	,, LUIS GUEMES
,, Médica	,, LUIS AGOTE
,, Médica	,, IGNACIO ALLENDE
,, Médica	,, ABEL AYERZA
,, Quirúrgica	,, PASCUAL PALMA
,, Quirúrgica	,, DIOGENES DECOUD
,, Quirúrgica	,, ANTONIO C. GANDOLFO ,, MARCELO T. VIÑAS
,, Neurológica	,, JOSE A. ESTEVES
,, Psiquiátrica	,, DOMINGO CABRED
,, Obstétrica	,, ENRIQUE ZARATE
,, Obstétrica	,, SAMUEL MOLINA
,, Pediátrica	,, ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	,, DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	,, ENRIQUE BAZTERRICA ,,

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	... Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	... ,, JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	... ,, JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO ,, LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	... ,, JOSE BADIA
Clínica Ginecológica	... ,, JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	... ,, PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica..	... ,, MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	,, JOSE R. SEMPRUN ,, MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	... ,, BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	,, ANTONIO F. PIÑERO ,, MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	... ,, FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica	... ,, MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna	... ,, RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	... ,, ELISEO V. SEGURA
,, Psiquiátrica	... ,, JOSE T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id.	,, GUILLERMO SEEBER
id. id.	,, SILVIO E. PARODI
Anatomía Descriptiva.	,, EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	,, FRANK L. SOLER
,, ,,	,, BERNARDO HOUSSAY
,, ,,	,, RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	,, ALOIS BACHMANN
,,	,, GERMAN ANSCHUTZ
Química Biológica	,, BENJAMIN GALARCE
Higiene médica	,, FELIPE A. JUSTO
,, ,,	,, MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	,, CARLOS BONORINO UDAONDO
,, ,,	,, ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	,, JOAQUIN LLAMBIAS
,, ,,	,, ANGEL H. ROFFO
Maseria médica y Terápia	,, JOSE MORENO
Medidina Operatoria	,, ENRIQUE FINOCCIETTO
Patología Externa	,, CARLOS ROBERTSON
,, ,,	,, FRANCISCO P. CASTRO
,, ,,	,, CASTELFORT LUGONES
Clínica Dermato-sifilográfica	,, NICOLAS V. GRECO
,, ,,	,, PEDRO L. BALIÑA
,, Oénito-Urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
,, ,,	,, JOAQUIN NIN POSADAS
,, Epidemiológica	,, FERNANDO R. TORRES
,, Oftalmológica	,, ENRIQUE B. DEMARIA
,, ,,	,, ADOLFO NOCETI
,, Oto-rino-laringológica	,, JUAN de la CRUZ CORREA
,, ,,	,, MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología Interna	,, PEDRO LABAQUI
,, ,,	,, LEONIDAS JORGE FACIO
,, ,,	,, PABLO M. BARLARO
,, ,,	,, EDUARDO MARIÑO
Clínica Quirúrgica	,, JOSE ARCE
,, ,,	,, ARMANDO R. MAROTTA
,, ,,	,, LUIS A. TAMINI
,, ,,	,, MIGUEL SUSSINI
,, ,,	,, ROBERTO SOLE
,, ,,	,, PEDRO CHUTRO
,, ,,	,, JOSE M. JORGE h.
,, ,,	,, OSCAR COPELLO
,, ,,	,, ADOLFO F. LANDIVAR
,, Médica	,, JUAN JOSE VITON
,, ,,	,, PABLO J. MORSALINE
,, ,,	,, RAFAEL A. BULLRICH
,, ,,	,, IGNACIO IMAZ
,, ,,	,, PEDRO ESCUDERO
,, ,,	,, MARIANO R. CASTEX
,, ,,	,, PEDRO J. GARCIA
,, ,,	,, JOSE DESTEFANO
,, ,,	,, JUAN R. GOYENA
,, Pediátrica	,, MAMERTO ACUÑA
,, ,,	,, GENARO SISTO
,, ,,	,, PEDRO DE ELIZALDE
,, ,,	,, FERNANDO SCHWEIZER
,, ,,	,, JUAN CARLOS NAVARRO
,, Ginecológica	,, JAIME SALVADOR
,,	,, TORIBIO PICCARDO
,,	,, CARLOS R. GIRIO
,,	,, OSVALDO L. BOTTARO
	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, ALBERTO PERALTA RAMOS
	,, FAUSTINO J. TRONGE
Clínica Obstétrica	,, JUAN B. GONZALEZ
	,, JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	,, JUAN A. GABASTOU
	,, JOAQUIN V. GNOCO
Medicina legal	,, JAVIER BRANDAN
	,, ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica w Mineralogía	„ Adolfo Mujica
Química inorgánica ap icada ...	„ Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada ...	„ Francisco C. Barraza
Farmagconosia y posología rozonadas	Sr. Juan A. Dominguez
Física Farmacéutica	Dr. Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)..	„ Francisco P. Lavalle
Técnica Farmacéutica	„ J. Manuel Irizar
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas ...	„ Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmaeéuticaz	„ Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica Farmacéutica	Sr. Ricardo Roccatagliata „ Pascual Corti
Farmacognosia y posología razonadas	„ Oscar Mialock
Física farmacéutica.	Dr. Tomás J. Rumí
Química orgánica	Sr. Pedro J. Mesigos „ Luis Ouallialmelli
Química analítica	Dr. Juan A. Sanchez
Química inorgánica.	„ Angel Sabatini

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc. ...	Dr. Juan C. Llames Massini
Segundo año:	
Parto fisiológico	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Tercer año:	
Clínica Obstétrico	Dr. Fanor Velarde
Puericultura	„ Ubaldo Fernandez

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	Dr. Rodolfo Erauzquin
2º. año	„ León Pereyra
3er. año	„ N. Etcheparebordа
Protesis Dental	Sr. Antonio J. Guardo

Catedráticos suplentes

Dr. Alejandro Cabanne

„ Tomas S. Varela (2º. año)

„ Juan U. Carrea (Protesis)

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ARNALDO CAVIGLIA

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI MADRE

SU EJEMPLO HA SIDO MI MEJOR ESCUELA

A MI PADRE, GRATITUD

A MIS HERMANOS

ANA, VICENTE Y FEDERICO

CARIÑO

PROLAPSO DEL RECTO

SEÑORES ACADEMICOS

SEÑORES CONSEJEROS

SEÑORES PROFESORES

Al dejar las aulas universitarias, cumplo con un deber agradeciendo a todos los profesores, cuyas enseñanzas han sido para mí guía y método, fuentes de ciencia y de moral.

Al doctor Arnaldo Caviglia, que, al aconsejarme el tema, me facilitó los datos para su estudio, material de observaciones clínicas y me dispensa el alto honor de apadrinarme en esta tesis, mi mayor agradecimiento.

Doy mis sentidas gracias al doctor E. F. Belaustegui, por la amabilidad que ha tenido al cederme la prioridad de la publicación del caso operado en su servicio; y, a los doctores Isidoro E. Gil, Adolfo Rouvier Garay, Leopoldo K. Wimmer, Aquiles Cros, Normando Alonso, Ernesto E. Dallas y Juan B. Scarelas, por las enseñanzas y atenciones que me han dispensado durante mi internado.

Para todos mis compañeros de estudio y de internado, cariñosos recuerdos.

Los medios comunmente empleados para el tratamiento de los prolapsos rectales durante la época pre-antiséptica, consistían en operaciones no sangrientas, como la ligadura elástica, la sección por aplastamiento, la cauterización, etc.; aunque ya, desde la primera mitad del siglo 19, habían sido concebidas la resección, la colopexia, y las operaciones perineales, es decir, todos los métodos que, tomando su punto de partida de las distintas teorías patogénicas de los prolapsos rectales, resumen las numerosas operaciones que se ejecutaron hasta nuestros días.

Dada la índole de este trabajo, que no puede ser otra cosa que una modesta monografía, sólo resumiré brevemente, de los métodos operatorios, a la operación de Quenu y Duval, que reune hoy el favor de la mayoría de los cirujanos y me detendré especialmente en las indicaciones de los otros métodos, observando en la exposición el orden siguiente:

1º. — Datos anatómicos, anátomo-patológicos y etiológicos.

2º. — Teorías patogénicas.

3º. — Tratamiento.

4º. — Conclusiones.

CAPITULO I

Datos anatómicos, anátomo - patológicos y etiológicos.

La excavación pelviana está cerrada abajo, desde el pubis al sacrocoxis, por un diafragma muscular que se inserta en todo el contorno del orificio inferior de la excavación; diafragma constituído por los músculos elevadores del ano y por los isquio-coxígeos que, al separarse de la pared pelviana, se dirigen hacia la línea media para unirse a los músculos homónimos del lado opuesto, exceptuando aquellos puntos por donde pasan la uretra, la vagina y el recto. Pero el suelo pelviano ofrece una disposición distinta, si se lo examina en su parte anterior o en la posterior. Mientras en su parte posterior los elevadores y los isquio-coxígeos forman una verdadera cincha, un diafragma que el recto atraviesa sin adherirse, en la

parte anterior los elevadores dejan, entre sí, un espacio llenado por una formación fibro-muscular triangular, extendida de una rama isquio-pubiana a la otra, que refuerza al diafragma de los elevadores. Esta formación triangular (aponeurosis media o de Carcasonne, diafragma uro-genital), es una capa músculo-aponeurótica constituída por el transverso profundo del periné, comprendido entre dos láminas fibrosas (hoja superior e inferior de la aponeurosis perineal mediana).

Se deduce que, si queremos penetrar en las fosas isquio-rectales, en el periné posterior debemos atravesar sólo piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis superficial; mientras que, en el periné anterior, debemos atravesar además el diafragma uro-genital. Se deduce también que la región rectal del periné está menos sólidamente constituída de la región uro-genital y, cuando el periné es insuficiente, para reconstituirlo, en la parte posterior únicamente contamos con los músculos elevadores. Es evidente que, en la mujer, la sutura de los elevadores entre el recto y la vagina, (perineorrafia por interposición, Delbet) actúa a la vez sobre la pared vaginal posterior y sobre el recto, de manera que puede aplicarse al tratamiento de los prolapsos genital y rectal combinados.

Medios normales de fijacción del recto.

Normalmente la ampolla rectal está sostenida en su lugar por las siguientes conexiones con los planos del periné: 1º. Superficialmente el canal anal está envuelto por el esfinter externo que lo une, adelante al centro perineal, atrás al refe ano-coxígeo;

2º. Más profundamente, manojos de fibras lisas, emanadas de la musculosa del recto, van hacia adelante al borde posterior del trígono uro-genital y a la uretra membranosa (estos manojos de fibras constituyen el músculo pre-rectal o recto-uretral) y, hacia atrás, al coxis (músculo recto-coxígeo);

3º. Más arriba aún, en el punto de unión del canal anal con la ampolla rectal, las potentes cintas musculares de los elevadores, que se insertan en las caras laterales de la ampolla y se unen detrás del intestino (cerrando la excavación desde el recto al coxis, constituyen, para el recto, un punto de apoyo solidísimo;

4º. Por arriba de los elevadores la ampolla rectal está fijada por los pedículos de las arterias hemorroidales inferiores y medias, que abordan sus caras laterales limitando sus movimientos de lateralidad; y por las aponeurosis sacro-recto-genitales, que no

son probablemente sino las vainas fibrosas de estas arterias;

5º. Más arriba, una parte de las caras anterior y laterales del recto está recubierta por la serosa peritoneal; la restante de estas caras, hasta el límite del fondo peritoneal pre-rectal, así como toda la cara posterior de la ampolla están recubiertas por la lámina aponeurótica que tapiza la cara superior de los elevadores (aponeurosis pelviana);

6º. El pedículo de los vasos hemorroidarios superiores, impropiamente llamado meso-recto, aborda el recto más arriba;

7º. Por la continuidad del recto con la ampolla pelviana y su meso. Ahora, ¿cuál es el valor respectivo de estos medios de fijación? Los anatomistas están de acuerdo en dar mínima importancia a los vasos hemorroidarios superiores, a la continuidad del recto con el colón pelviano, al peritoneo que tapiza en parte las caras anterior y laterales del recto. La cara posterior de la ampolla rectal no está fijada al esqueleto pelviano y todos los medios de fijación rectal abordan sus caras laterales. En cuanto al meso-recto, no se lo admite hoy, porque se considera que el recto empieza donde el colón pelviano deja de tener meso.

Con respecto al valor de los otros medios de fijación u sostén del recto, las opiniones continúan

divididas y la cuestión no parece definitivamente resuelta; pero, aunque los resultados experimentales de Cabanié y Reynal están en oposición con los obtenidos por Lenormant en 1902, de los cuales él deduce que el recto está sostenido especialmente por sus conexiones perineales musculares y aponeuróticas más que por el peritoneo los mesos y los pedículos vasculares, la mayoría de los anatomistas modernos se inclina a esta última opinión, análogamente a lo que se admite para los órganos pelvianos de la mujer cuyos prolapsos reconocen, como causa fundamental, a la debilidad del suelo perineal.

Lesiones anótomo-patológicas.—Clasificaciòn.

Las lesiones anátomo-patológicas de los prolapsos rectales se refieren al recto mismo y a las partes vecinas, especialmente a los medios de fijación del recto.

Lesiones del recto. — Felizet encontró, en dos piezas sacadas quirúrgicamente, «hipertrofia de la mucosa, del elemento muscular y aumento de volumen y neoformación de las glándulas.»

Ludloff, en cinco prolapsos resecados por Eiselsberg, ha encontrado siempre el Douglas descendido en la parte anterior del tumor y cuatro veces un repliegue mucoso valvular saliente en la luz del pro-

lapso y otro repliegue a 25 ó 30 mms. más arriba del anterior y en el lado opuesto. En cuanto a las túnicas musculares notó un espesamiento al nivel de los repliegues mucosos y en la parte inferior del prolapso. Generalmente, a las lesiones antedichas, se añaden lesiones secundarias de rectitis.

Lesiones de los órganos vecinos. — En un caso examinado por Monro, había ruptura del meso-colón debajo de la extremidad superior del ansa omega; en otro, estudiado por Gross, todos los elementos del periné estaban atrofiados y relajados; en una autopsia hecha por Duret y Vallin en un hombre de 60 años, muerto por afección de las vías urinarias y portador de un prolapso del tamaño de un puño, se encontró el fondo recto-vesical de 13 cts. de profundidad que estaba separado de la piel tan sólo por un espesor de tejido de 6-8 cts. El ano infundibuliforme permite que pasen los cinco dedos de la mano dispuestos en cono; el rafe ano-coxígeo estaba alargado; había atrofia de los elevadores.

Clasificación de los prolapsos. — Cruveilhier establece cuatro variedades de prolapso:

1ª. variedad: *prolapso de la mucosa* (prolapsus ani de Ludloff, prolapso parcial, estropión de la mucosa). La mucosa desborda al orificio anal 3-4 cms. y en casos antiguos, hasta 8.10. El estropión mucoso es total o circular, raramente parcial o lateral. Es

la variedad más frecuente en los niños, aunque se encuentra también en los adultos.

2ª. variedad: *Invaginación de la parte inferior del recto por el ano* (prolapsus ani et recti de Ludloff, prolapso total de Gross, prolapso invaginado de Gosselin). El prolapso está constituído por todas las túnicas rectales; su base se implanta en el ano, su longitud raramente pasa de 5 cms. en el niño y de 10-15 en el adulto; su superficie presenta pliegues transversales y la mucosa de la cara externa se continúa directamente con la piel del periné, por intermedio de la piel anal. Está constituída por dos cilindros, externo o descendente e interno o ascendente; no hay surco en su base.

3ª. variedad: *Invaginación de la parte superior del recto en la inferior* (prolapsus recti de Ludloff). Esta variedad, más rara que la anterior, puede alcanzar una longitud considerable. Un surco circunda su base, en que puede penetrar una sonda varios centímetros y dar la vuelta completa por dentro del ano. Está constituída por tres cilindros, en la parte intrarectal, y por dos cilindros, en la parte inferior o exaniada. A medida que mayor longitud de recto se exterioriza, el punto de reflexión, en que el cilindro externo se continúa con el medio y que es marcado por el surco ante descripto, es arrastrado hacia abajo, hasta desaparecer al nivel del orificio anal: de los

tres cilindros se forman dos y esta variedad se transforma en la segunda. (Prolapsus ani et recti).

4ª. variedad: *Salida por el ano de una invaginación del colon* (prolapsus coli invaginati). Ya no es ni la parte inferior ni la superior del recto la que se invagina, sino el colón pelviano. El prolapso forma un tumor considerable de 10-15 cms. en los niños y 25 a 50 en los adultos; en la base presenta un surco muy profundo, cuyo fondo queda inaccesible al dedo explorador.

Datos etiológicos.

Hay que señalar los siguientes factores etiológicos: *El esfuerzo,* motivado por constipación o diarrea, por rectitis, aumento brusco de la presión intraabdominal; por la coqueluche, las bronquitis y los partos frecuentes. El parto actúa por doble mecanismo; por él del esfuerzo y por las lesiones perineales.

Los *traumatismos locales* tienen poca influencia. Aunque los clásicos incriminaban al coito anal, en la literatura del prolapso rectal, Lenormant no ha encontrado sino dos observaciones que indiscutiblemente respondían a esta etiología.

Los traumatismos generales, como una presión traumática brusca sobre el abdómen, han producido prolapsos inmediatos.

La edad. Hay dos máximum, en los extremos de la vida: infancia y vejez. A partir de los 10 años, en la pubertad y en la edad adulta, los prolapsos son mucho más raros. El máximum infantil corresponde exactamente a la edad de las enteritis y diarreas. De 20 a 30 años se nota una relativa frecuencia, que se explica pensando que, durante estos años, el hombre ejecuta los trabajos más penosos y la mujer generalmente pasa por partos sucesivos. El otro máximum, de 40 a 60 años, responde a doble causa: 1º, a la involución senil de músculos y aponeurosis que debilitan los medios de fijación y de sostén del recto; 2º, a las enfermedades comunes de los viejos, rectales, urinarias y bronco-pulmonares, que son causa de esfuerzos continuos.

Sexo—Raza—Herencia. Estos factores carecen de influencia.

CAPITULO II

Teorías patogénicas

Para dilucidar científicamente este punto, dice Lenormant, hay que determinar: 1º.—Cuáles son los medios normales de fijación del recto; 2º.—Cuáles son las lesiones anatómicas exactas del recto y tejidos vecinos. Si la anatomía normal es conocida, la escasez de autopsias cuidadosas no permite establecer una patogenia definitiva de los prolapsos y hay que contentarse con teorías hipotéticas que contienen verdades y errores.

1ª. *Teoría patogénica (Cruveilhier).* El prolapso se desarrolla de abajo arriba empezando por la parte inferior del recto, a menudo por la sola mucosa que después arrastra todas las túnicas del recto y, continuando las causas que determinaron el desplazamiento, la zona inferior arrastra la que está arriba, constituyéndose así, sucesivamente, las diferentes variedades de prolapso, de la más simple a la más compleja; siempre que hubiese preexistentes, sea una di-

latación o debilitamiento del esfínter, sea una amplitud exagerada de la ampolla rectal, sea infiltración de la submucosa que permita a la mucosa deslizarse sobre los planos subyacentes, sea, en fin, la rectitis causa de infiltración de las túnicas rectales y de esfuerzos repetidos.

2ª. teoría. *Insuficiencia de los medios de suspensión del intestino.* (Verneuil, 1889, Soulié, Chamayon, Larsonneur, Lefébre, Masson, Cabanié). El mesocolón es el medio principal de fijación del recto. Si hay ruptura, alargamiento o deslizamiento de este meso, la integridad perfecta del esfínter anal y del suelo perineal no impide la producción del prolapso. Jeannel sostiene que «la rectitis lesión primordial en la génesis del prolapso» hace degenerar los medios de suspensión (mesos) y de sostén del recto (esfínter, musculatura rectal, suelo perineal), porque produce movilización y alargamiento del mesocolón de una parte y, de otra parte, éstasis venosa, tenesmo y esfuerzos repetidos; de ahí el prolapso. Para C. Lernomant «la ingeniosa teoría de Verneuil-Jeannel no cuadra con los datos de la anatomía normal, no tiene en cuenta suficientemente a las lesiones perineales y hace desempeñar a la rectitis un rol primordial que no es siempre verdadero.»

3ª. teoría *pat.: de la hernia perineal.* (Ludloff G. Marchant, M. Hartmann). Ludloff, habiendo en-

contrado constantemente un saco peritoneal en la parte anterior del prolapso, sostiene: «que no hay desarrollo primitivo del prolapso rectal y formación secundaria del hedrocele, sino desarrollo primero de una hernia perineal progresiva del Douglas, al través de la abertura rectal» que tiende a rechazar progresivamente hacia afuera la pared anterior del recto primero, después las paredes laterales y por último la totalidad de la ampolla rectal. Recuerda que el fondo de saco pre-rectal no está en contacto con tejidos resistentes, porque, entre el diafragma pelviano y el sacro, hay un espacio ocupado normalmente por la porción pelviana del recto y una abundante almohada de grasa.

En los esfuerzos, por el impulso de los músculos abdominales, el fondo pre-rectal será empujado hacia atrás y abajo, hasta que el encuentro de un plano resistente limite este descenso: si el peritoneo es anormalmente depresible, sea por lesión adquirida o en virtud de una deformación congénita; si la musculatura rectal está debilitada por trastornos crónicos de la defecación o por una causa general; o en fin, si ha desaparecido la grasa pre-rectal y el periné resiste, bajo el impulso de la presión abdominal la pared anterior del recto blanda y depresible se dejará empujar, invaginar en la cavidad de la ampolla y acabará por salir al exterior por el orificio anal. En este caso, el segmento exterior del prolapso contiene

en su espesor el fondo de Douglas y con frecuencia asas de intestino delgado. El pliegue de invaginación empieza constantemente en el punto donde está el esfínter de Nelatón, a cuyo nivel el calibre intestinal es siempre más pequeño que en la ampolla subyacente. La pared anterior va seguida en su invaginación progresiva por las paredes laterales y posterior y por todas las túnicas de la porción supra-ampular del recto: después el prolapsus recti, primitivamente constituído, puede transformarse en prolapsus ani et recti.

En el niño, el fondo de saco de Douglas es más profundo que en el adulto, en el cual conserva a veces anormalmente la profundidad infantil. Esta malformación será una causa predisponente al prolapso y, cuando el periné cede ante la presión intestinal, a la producción de una hernia perineal o hedrocele (Scarpa).

Kirmisson cree que, en los niños, existe una causa general de orden fisiológico «que se ha invocado para explicar el prolapso: la poca curvadura de la cara anterior del sacro en esta época de la vida. Así los esfuerzos se trasmiten más directamente y en sentido vertical casi a la región anal.» No cree que la teoría de Ludloff sea fundada en los prolapsos infantiles, en los cuales la verdadera invaginación rectal es rara, observándose casi siempre el prolapso mucoso o el descenso total del recto (invaginación a dos cilindros,

sin surco) explicables por la longitud exagerada del meso, por debilidad perineal o muscular generalizada.

En resumen, según Ludloff, el prolapso rectal no es sino «una hernia perineal cuyo fondo de saco está formado por la pared anterior del recto.» Esta teoría, que ha gozado y goza aun de mucho favor, es, para Lenormant, demasiado exclusiva al querer que todas las variedades de prolapso reconozcan el mismo mecanismo de producción; es más lógico creer que «si las variedades de prolapso difieren en su aspecto clínico, deben diferenciarse también en su patogenia y, por consiguiente, en el tratamiento que cada variedad reclama»; en fin, que la teoría de Ludloff, como las otras, «contiene una parte de verdad sin ser del todo verdadera» (Lenormant).

G. Marchant habla de prolapso de fuerza y de debilidad, análogamente a las hernias de fuerza y de debilidad. El primero es aquel que se produce bruscamente, por violento esfuerzo, en sujeto sano, joven y robusto, siendo acompañado a menudo por sensación de ruptura y por hemorragia. Su reducción es espontánea y progresiva a veces; otras, el prolapso es irreductible de entrada. Su patogenia es obscura; tal vez, pueda invocarse la teoría de Ludloff y una predisposición debida a malformación congénita. Los prolapsos de fuerza una vez reducidos, no tienden a reproducirse.

Los prolapsos de debilidad son propios de los

viejos y de las multíparas; su formación no es brusca, sino progresiva: son fácilmente reductibles, pero difíciles de contener; se acompañan con un ano entreabierto e infundibuliforme, con atrofia de los elevadores y del esfínter y, a menudo, con prolapsos genitales concomitantes.

Actualmente, colocándose en un terreno más razonable, la gran mayoría de los autores no reconocen una teoría patogénica única y exclusiva, sino que hacen entrar los siguientes factores para explicar la formación de los prolapsos:

1º. Una malformación congénita: *profundidad anormal del Douglas y longitud anormal del ansa cólica pelviana;*

2º. Una malformación adquirida primitiva o secundaria: *debilidad del suelo perineal, especialmente de los elevadores del ano.*

Fué, fundándose en esta patogenia, que E. Quenu y P. Duval idearon su operación que describiremos, como método electivo, al hablar del tratamiento quirúrgico de los prolapsos.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

Pocas afecciones han sido objeto de tan variados y múltiples tratamientos, como los prolapsos rectales. Y los resultados, con cualquiera de los métodos empleados, no han sido muy alentadores; a éxitos bien constatados y definitivos pueden oponerse fracasos frecuentes y desconsoladores.

Y es porque, partiendo de teorías patogénicas inexactas o incompletas, se ha seguido una conducta exclusivista, generalizando un método que, si era eficaz en determinados casos, en otros resultaba inútil o insuficiente.

No hay tratamiento infalible, único, universal del prolapso rectal, porque hay variedades diversas de prolapso, sea desde el punto de vista clínico, sea desde el punto de vista patogénico. Es por haber desconocido este hecho y querido generalizar el empleo de una u otra operación que aquellos que creían defenderla la han a menudo comprometido, aplicándola a casos en los cuales nada podía hacer... o en el trata-

miento del prolapso rectal el cirujano debe ser ecléctico.» (Lenormant).

Para el tratamiento de los prolapsos se han empleado medios puramente médicos y métodos quirúrgicos. Estos últimos son incontables y podemos decir que cada autor, partiendo de una teoría patogénica distinta, ha ideado su operación, aplicada con éxitos y con fracasos.

Para seguir un orden lógico en nuestra exposición, hablaremos primero del tratamiento médico en el niño y en el adulto; y después del tratamiento quirúrgico, estableciendo la conducta que el cirujano debe seguir, según se trate de accidentes agudos del prolapso rectal o de las distintas variedades clínicas de un prolapso crónico.

Tratamiento médico.

En los niños de menos de 10 años, en la mayoría de los casos, aun tratándose de prolapso completo, puede esperarse la curación sin intervención sangrienta; merced a un tratamiento profiláctico, a la vez higiénico y alimenticio; y merced a un tratamiento médico curativo.

El tratamiento profiláctico consiste: 1º, en la vigilancia de la defecación, para impedir los esfuerzos prolongados, sea corrigiendo el mal hábito de las madres de dejar sentados a sus niños por largo tiempo al defecar, sea combatiendo la constipación o la dia-

rrea (Kirmisson); 2º. en una cuidadosa higiene rectal, para evitar o curar la rectitis y las ulceraciones rectales, que son causas de esfuerzos, empleando los enemas fríos, la ratania y una alimentación dietética apropiada; 3º. en levantar el mal estado de nutrición, que es uno de los factores etiológicos importantísimo en el prolapso infantil, por medio de curas reconstituyentes: hidroterapia salina y fría, aceite de bacalao, etc.

Para el tratamiento curativo, a estos medios hay que añadir la reducción del prolapso después de cada defecación, por medio del taxis. Mojado el intestino con aceite o con vaselina, se cubre con una compresa y se lo rechaza suavemente en la excavación, ejerciendo una presión suave con la palma y con los dedos. Una vez reducido, se juntan los muslos y se hace un vendaje desde las rodillas a las crestas iliacas; se aconseja también duchas frías perineales diarias, el masaje, la electricidad, etc.

Pero, cuando estos medios fallan, ¿qué debe hacerse?

Kirmisson establece tres variedades clínicas de prolapso infantil: 1º. *prolapso de primer grado,* en que el tumor sale al defecar, pero se reduce espontáneamente cuando cesan los esfuerzos, especialmente en decúbito supino; 2º. *prolapso de segundo grado,* en que no se reduce espontáneamente, pero es reductible al taxis y puede contenerse con un vendaje apropiado.

Estos dos grados benefician de los medios anteriormente indicados.

3º. *prolapso de tercer grado.* El recto queda constantemente al exterior y es irreductible, de donde complicaciones: ulceraciones, flujos glerosos, rectitis, hemorragias, debilitación del enfermo y, a la larga, estrecheces. Para este grado, los medios de tratamiento indicados son insuficientes. Entonces tienen su indicación las cauterizaciones igneas en rayas longitudinales (Kirmisson, Lenormant) que, formando columnas cicatriciales, estrechan la ampolla y fijan la mucosa a la pared rectal por medio de tractus fibrosos. Froelich no cree en la eficacia de la cauterización ígnea.

En los casos en que el prolapso muy antiguo ha forzado la tonicidad del esfínter (Pr. incoercible) está indicado el cerclaje de Thiersc (Froelich, Ombredanne).

En los casos aún rebeldes a estos tratamientos, una operación radical se impone. Para Froelich, las colopexias útiles en el adulto, no encuentran casi indicación para ser aplicadas al niño, en el cual cree que es preferible la resección (operación de Mikulicz-Segond), tratándose de prolapsos que por su antigüedad, por su volumen exagerado o por alteración de sus paredes, han perdido todo derecho a ser reintegrados.

Tratamiento del prolapso en el adulto.

El prolapso rectal completo del adulto es una afección incurable espontáneamente. Si el tratamiento médico, esbozado al tratar del prolapso infantil, puede considerarse como un coadyuvante útil, por sí solo, como tratamiento es insuficiente.

Por tal razón y porque el prolapso rectal es una afección que hace insoportable la vida del paciente, y porque, a la larga, es origen de complicaciones graves y hasta mortales, dada la septicidad del medio, (incoercibilidad, estrangulación, gangrena, oclusión intestinal, ulceraciones, rectitis, dolores, incontinencia de materias fecales, hemorragias, fenómenos sépticos locales: abcesos perianales, flebitis, peritonitis parciales o generales; ruptura del recto, estrangulación interna en el hedrocele) el tratamiento operatorio se impone.

Tratamiento de los accidentes agudos

Estos accidentes son:

a) *La irreductibilidad.* Puede sobrevenir bruscamente, sea en los prolapsos consecutivos a un esfuerzo o traumatismo violento en un sujeto anteriormente sano (p. de fuerza de Marchant), sea establecerse paulatinamente en un antiguo prolapso ante reductible y que un día, tal vez por contractura del esfínter, no puede reducirse más. En tales casos, previa anestesia local con vaselina cocainada o con

anestesia general si la primera no fuera suficiente, se procede al taxis. Generalmente por resolución esfinteriana se obtendrá el resultado deseado. Pero, si habiendo dejado pasar el tiempo sin intervenir, la compresión ha determinado, primero congestión del prolapso que imposibilita el taxis, luego mortificación de los tejidos, no queda otro remedio que la resección. «Reducir tejidos esfacelados o infectados expondría los enfermos a graves accidentes sépticos.» (Lenormant).

b) *La estrangulación.* Si no se han llenado las indicaciones apuntadas en caso de irreductibilidad, el prolapso fatalmente deberá estrangularse, con producción de gangrena de la mucosa, escaras y ulceraciones consecutivas, hemorragias, accidentes sépticos, etcétera. El tumor entonces se descongestiona y vuelve a ser reductible. Pero, no es prudente reducir tales tejidos mortificados, ni esperar pasivamente esta evolución del prolapso estrangulado, peligroso por las complicaciones, o a lo menos molesto por los dolores, las hemorragias y las supuraciones peri-rectales. La mejor conducta estriba en resecarlo.

c) *Oclusión intestinal* Este accidente puede ocurrir sea por invaginación del colón pelviano en el recto (prolapsus coli invaginati) sea por atascarse un ansa delgada en el hedrocele. En el primer caso está indicada la laparotomia; en el segundo se puede incindir el fondo de saco del hedrocele y, si el ansa intestinal está sana se reduce (operación de Mikulicz),

mientras si está estrangulada, se sigue la misma conducta que con todo segmento intestinal estrangulado, hasta resecarlo si fuere necesario. Puede también tratarse la oclusión por el mecanismo del hedrocele, como una estrangulación de una hernia interna, por la laparatomia. Creemos más racional y preferible esta conducta.

Tratamiento del prolapso habitual no complicado.

Sabemos que no puede esperarse la curación espontánea del prolapso total en el adulto y que una operación se impone. Pero, establecer aquí las indicaciones del tratamiento, no es tan fácil como al hacerlo de los accidentes agudos. Las innumerables operaciones practicadas pueden dividirse en cuatro grupos:

1º. Operaciones que restablecen los medios de sostén del recto actuando sobre el periné: ano-perinorrafias, miorrafia de los elevadores, cerclaje de Thiersch, etc.;

2º. Operaciones que tratan de disminuir la capacidad rectal: cauterizaciones, rectorrafias, etc., que no se emplean solas por insuficientes;

3º. Operaciones que tratan de dar nuevos medios de suspensión al recto: las rectopexias y las colopexias;

4º. Y, en fin, los métodos de exéresis que consideran inútil al tumor y lo suprimen: resección parcial o total.

Pero, ¿cuál operación preferir? Ya lo dijimos: la misma operación, la mejor concebida y la más fundada, como la colopexia de Quenu y Duval que reune hoy justamente las preferencias de muchos cirujanos, no puede aplicarse en todos los prolapsos; en su elección el cirujano «debe ser ecléctico: guiarse no por una teoría patogénica preconcebida, sino por el estudio de la variedad clínica de que se trata» (Lenormant).

No creemos inoportuno, antes de establecer estas indicaciones del tratamiento, según la variedad clínica, de resumir la crítica de los distintos procedimientos operatorios enunciados, en cuanto a benignidad y eficacia, para saber cuanto podemos esperar de cada uno de ellos.

La resección.

La resección total da 7 por ciento de recidivas y 10 por ciento de mortalidad. La operación de Delorme-Juvarra, que es una resección de la mucosa sola, en una serie de 25 operados no ha dado ninguna recidiva inmediata o cercana y el 56 por ciento de los operados, al cabo de un año o más, seguían sin recidiva de su prolapso.

Parecería resultar de esta estadística que la eficacia de la resección es superior a la de la rectopexia que da 18 por ciento de recidiva con mortalidad nula y a la de la colopexia simple que, según una estadística de Lenormant sobre 102 colopexias simples, da 24 recidivas inmediatas y 75 curaciones, es

decir, 21,4 por ciento de recidivas. Y si se tiene en cuenta que ésta no es siempre inmediata o rápida y puede producirse varios meses después de la operación, agregando a las inmediatas las recidivas lejanas más que probables en los enfermos perdidos de vista, el porcentaje se eleva a un 45 por ciento, proporción que está conforme a la obtenida por Von Eiselberg en una serie de 17 operados, observados después de largo tiempo, en que el porcentaje de recidivas alcanzó a 41 por ciento.

Pero la resección total es una operación grave (10 por ciento de mortalidad) y expone a accidentes ulteriores, como: estrechez cicatricial, desunión de las suturas por tratarse de medio séptico y nunca perfectamente aseptizable, accidentes infecciosos; sin contar que la frecuencia de la recidiva de 7 por ciento es inferior a la cifra real, por tratarse de una estadística global en que un 50 por ciento de los operados han sido perdidos de vista.

En cuanto a la operación de Delorme, de técnica difícil, ha sido practicada pocas veces, para que puedan deducirse conclusiones de ninguna especie; sin contar que, de los 25 casos en que ha sido practicadas, en 7 se trataba de niños de 2 a 4 años, cuyo prolapso se habría curado por el simple tratamiento higiénico y reconstituyente. Además, por las mismas causas que en la resección total, la operación de Delorme es grave (peligros de estrechez, infecciones, muerte, etc.)

Sin embargo, la resección queda como operación

de necesidad, la única indicada y posible: cuando el prolapso resiste a todos los medios de reducción; cuando hay fenómenos de estrangulación; en los antiguos prolapsos con ulceraciones; cuando hay un estrechamiento congénito o cicatricial en el prolapso del adulto.

Pero, el decir de Zehnder que la resección «está indicada en todos los prolapsos crónicos reductibles que no hayan sido mejorados por una terapéutica menos radical» y de Segond, que en todo prolapso «hay algo que está demás y que su supresión es la conditio sine qua non del resultado final», es algo que está fuera de toda conducta lógica y prudente, cuando otros métodos hay, como veremos, benignos en cuanto a la vida y eficacísimos en cuanto a los resultados próximos y lejanos.

Para la mejor técnica operatoria, es aconsejable la operación de Mikulicz.

Las rectopexias.

Son operaciones benignas, de mortalidad nula. En cuanto a eficacia, Lenormant da 18.5 por ciento, Lejars, 20 por ciento y Ludloff 50 por ciento de recidivas, incluyendo este último, en su estadística, los casos en que la recidiva no era total, sino tan sólo un prolapso mucoso o parcial.

La rectopexia es una operación que evoluciona sin las complicaciones de la resección, por ser operación extra-rectal.

Para Delbet esta pexia actúa, no solamente fijando al recto, sino también porque lo coloca en su posición normal en un eje diferente del eje anal. Ludloff, en cambio, niega toda posibilidad de curación de prolapso rectal empleando la rectopexia, «porque no se dirige al fondo de saco peritoneal, factor principal, según su teoría, en el génesis de los prolapsos.»

Colocándose entre las dos opiniones anteriores, Lenormant cree que la rectopexia es una operación que merece conservarse para los casos de prolapso total del recto cuyo volumen mediano no pase de 8 a 10 cm. de longitud en el niño y de 10 a 12 en el adulto; dentro de cuyos límites, y asociándola si es necesario a una cuidadosa perinorrafia, puede dar resultados perfectos y duraderos.

Pero sus indicaciones son más reducidas que las indicaciones de la colopexia, como vamos a ver en seguida. Lenormant aconseja como procedimiento de mejor técnica a la rectopexia lateral de Ghedini.

La colopexia simple.

La operación de Jeannel-Verneuil y sus modificaciones ulteriores (fijación a la pared ilíaca—Lenormant, 1907) es una operación benigna (sobre 108 operados no ha dado ninguna muerte), es de técnica fácil y no produce complicaciones o a lo menos son evitables.

La ventración se evita fijando el colón pelviano a la pared ilíaca y no a la pared abdominal y preocupándose de reconstituir cuidadosamente la pared laparatomizada. La oclusión intestinal post-operatoria es a priori posible, por acodamiento brusco del ansa fijada; pero se evita fijando una longitud suficiente de intestino (8 a 10 cm.). El vólvulus, a temerse cuando el colón es muy largo y movible, es un accidente que sin embargo no se ha producido nunca.

En cuanto a las recidivas sabemos que han sido superiores a las dadas por los otros métodos; sin embargo, esta operación será siempre preferible a la rectopexia, en los grandes prolapsos (prolapsus coli invaginati), mayores de 12 cm. de longitud en que la rectopexia estará fatalmente destinada a fallar.

La colopexia simple está siempre contraindicada en todos los casos en que sea indicada la resección y en los prolapsos complicados con tumores malignos.

Colopexia con supresión del Douglas. Operación de Quenu y Duval.

De esta operación hay sólo 11 casos publicados: tres operados por Quenu y Duval, dos por Lenormant, cinco presentados por Gross, de Nancy, al Congreso de cirugía de París, en 1913, y un caso operado por el doctor D. Cranwel en el Hospital Ramos Mexía, y publicado por el doctor E. Olivieri, en «La Prensa Médica Argentina» (10 noviembre de 1914). Lo reproducimos al final de nuestra tesis.

A estos 11 casos hay que agregar otro operado por el doctor Arnaldo Caviglia, en el Hospital Rivadavia, servicio del doctor Belaústegui, cuya historia clínica nos ha sido facilitada amablemente y que reproducimos en nuestra tesis.

Aunque los casos hasta ahora son poco numerosos, los resultados obtenidos siempre han sido tan alentadores que creemos que, de su generalización, ha de beneficiar enormemente la terapéutica quirúrgica de los prolapsos rectales.

Al fundamentar su método, Quenu y Duval, dicen: «la colopexia en el tratamiento del prolapso rectal ve aumentar cada día más sus indicaciones operatorias y las entusiastas defensas de Lenormant le han juntado en Francia, sino todas a lo menos numerosas adhesiones.» Pero la colopexia tal como se la había practicado había dado los peores resultados. «A nuestro parecer, estos resultados desgraciados dependen de una mala técnica y la colopexia peca, no por una errónea concepción teórica, sino por una mala aplicación práctica, por deficiente técnica operatoria... Hasta hoy, todas las operaciones dirigidas contra el prolapso rectal han sido concebidas según una idea patogénica errónea o incompleta.» (Quenu y Duval).

Al tratar de las teorías patogénicas dijimos que la patogenia actualmente admitida comprende dos elementos: 1º. una malformación congénita consistente en una profundidad anormal del Douglas y en la longitud anormal del ansa cólica pelviana; 2º. una mal-

formación adquirida secundaria o primitiva: debilidad del suelo perineal, especialmente de los elevadores del ano.

La operación de Quenu y Duval se dirige a corregir los factores abdominales del prolapso, transformando el colón de meso largo en colón de meso corto; dándoles al fijarlos la posición normal que tienen en el adulto colón y recto superior, en la mitad izquierda de la pelvis; y en fin reduciendo o suprimiendo la profundidad del Douglas. El elemento perineal, si existe debe corregirse con una operación aparte (Miorrafia de los elevadores, etc.) Porque además de la posibilidad de accidentes ulteriores como la estrangulación interna «la crítica esencial de las distintas colopexias es de fijar a un punto cualquiera de la pared abdominal anterior un ansa cólica larga y flotante, sobre cuya cara anterior colocada en el Douglas, repercute a cada momento la poussée abdominal» (Quenu y Duval). Estos inconvenientes se evitan con la técnica de Quenu y Duval que vamos a describir en seguida.

Colopexia con cierre del Douglas.
(Quenu y Duval).

Técnica operatoria.

1er. tiempo: Incisión. Posición inclinada al máximum del enfermo.

Laparatomia infraumbilical mediana.

En las mujeres se lleva el útero hacia adelante y arriba.

2º. tiempo: Reducción del prolapso. Se coloca una pinza de Chaput, como punto de reparo sobre la bandeleta cólica anterior, en el punto en que el colón está a la altura del estrecho superior.

3er. tiempo: Obliteración del Douglas, por dos o tres hilos en bolsas que estén superpuestos, de abajo arriba, en pisos distintos del embudo peritoneal del Douglas. Estos hilos deben cargar tejido de la cara anterior del recto, hacia atrás, y de la cara posterior de la vagina hacia adelante; de cada lado tomarán el peritoneo látero-pelviano.

4º. tiempo: Se coloca transversalmente el colón pre-sacro, de derecha y abajo a la izquierda y arriba, detrás del útero y de los ligamentos anchos. Se sutura el colón pre-sacro así colocado (borde anterior), empezando en su extremidad derecha y siguiendo hacia la izquierda, sucesivamente a la base del ligamento ancho derecho, lo más abajo que sea posible, a la cara posterior del útero o del domo vaginal y por fin a la cara posterior del ligamento ancho izquierdo.

Así colocado y fijado, el colón pelviano y su meso ofrecerá a la presión abdominal un plano de resistencia transversal y ninguna presión se dejará sentir sobre el recto superior.

5º. tiempo: Colopexia. Se reclina a la derecha el colón pelviano así fijado. Se incinde en seguida el peritoneo parietal izquierdo sobre el borde externo de los vasos ilíacos, hasta casi la línea media. Seccionando la raíz de implantación del meso-colón pelviano

hasta el fondo de la fosita sigmoidea y desprendiendo el colón ilíaco en una cierta extensión de la fosa ilíaca, se desnuda el tendón del pequeño psoas. A este tendón resistente se sutura con puntos separados, (7 a 8), hechos con hilo delgado no reabsorbible, la extremidad izquierda aun movible del colón pelviano. En el hombre, después de obliterar el Douglas, el colón pelviano es suturado al peritoneo retro y látero-vesical izquierdo, al pliegue transversal de Waldeyer, hasta la altura del estrecho superior. El tiempo ilíaco es igual que en la mujer.

6º. tiempo: Sutura de la pared abdominal.

Aneza Jonu (Bucarest, septiembre de 1912), propone, cuando es necesario corregir la insuficiencia perineal, que se aproveche la laparatomia para efectuar una miorrafia de los elevadores del ano y la operación de Quenu y Duval. Para esto, después de haber descubierto el Douglas se hace una incisión transversal en su parte más declive, que alcance de cada lado las paredes laterales de la pelvis. Con compresa se desprende el recto de la vejiga y próstata en el hombre, o de la vagina en la mujer, hasta llegar sobre la cara superior de los elevadores. Se coge con pinzas los bordes internos descubiertos de estos músculos y se unen con 4 a 5 puntos de sutura; el primer punto, el posterior, comprende la musculosa rectal; el último punto, el más anterior, atraviesa el tejido protástico o la vagina.

Los otros tiempos como en la operación de Quenu y Duval.

La colopextamía.

Es una operación de indicación rara, pero de utilidad indiscutible: cuando hay rectitis rebeldes a la terapéutica común y cuando el estado precario del paciente no permite intervenciones más largas.

Las operaciones perineales y rectoperineales; sobre el ano y el esfinter. Usadas aisladamente son operaciones ineficaces; se tornan útiles como operaciones complementarias, de la colopexia, por ejemplo.

Después de esta breve reseña crítica, vamos a procurar de establecer las indicaciones del tratamiento, según las distintas variedades clínicas del prolapso crónico no complicado.

a) En los prolapsos sintomáticos por hemorroides, pólipos, tumor maligno, el tratamiento debe dirigirse especialmente a la causa etiológica. Los prolapsos complicados de un tumor maligno inoperable reclaman la colopexetomia.

b) En los prolapsos mucosos, intentar la terapéutica no quirúrgica y si fracasa, recurrir a la resección de la mucosa con bisturí.

c) En los prolapsos totales esenciales: Si se trata de prolapso de fuerza (sujeto joven, musculoso, con suficiencia perineal) prolapso que es raro y de patogenia algo oscura o a lo menos no única en todos los casos, casi siempre estará indicada la operación de Quenu y Duval; porque una malformación congénita del Douglas o del colón pelviano estará, con toda pro-

babilidad, en la causa de su producción. La rectopexia, combinada con una miorrafia de los elevadores del ano ha dado también resultados satisfactorios, en los prolapsos de 8 a 10 cm. de longitud.

Si se trata de prolapso de debilidad, (prolapso de los viejos y de las multíparas); la colopexia con oclusión del Douglas de Quenu y Duval está indicada, con tal que se le asocie una refección perineal, especialmente una miorrafia de los elevadores del ano.

Si se trata de prolapsos antiguos complicados de rectitis, o de ptosis viscerales, de hernias, eventraciones, etc., debidas a insuficiencia generalizada de todos los tejidos musculares y fibrosos; en la mujer se asociará la histeropexia a la operación de Quenu y Duval y a colpo-perineorrafia posterior y a colporrafia anterior.

«En estos casos complicados, el tratamiento, variable en cada caso, debe fundarse en un examen clínico completo y ser realizado con operaciones combinadas, reconstituyendo un periné sólido y haciendo un canal anal largo, estrecho, resistente y oblicuo» (Lenormant).

HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACION I

(De la Prensa Médica Argentina, noviembre 10, 1914: Sobre un caso de prolapso del recto, por el doctor E. M. Olivieri).

Sala II, del Hospital San Roque, servicio del doctor D. Cranwell.

M. C., argentina, 41 años. Diagnóstico: prolapso del recto.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Menstruó a los once años, ha tenido cuatro hijos que han muerto pequeños; da antecedentes claros de lues, enfermedad que contrajo a los doce años y que ha tratado muy mal; dice haber sufrido en estos últimos tiempos de menorragias profusas. Es pederasta.

Enfermedad actual.—Desde mucho tiempo atrás, la enferma notaba, en los momentos de la defecación, la aparición de un pequeño tumorcito que salía a través del orificio anal, pero que siempre se reducía espontáneamente.

Hace una semana que tuvo una descompostura de vientre con muchas deposiciones al día; en un esfuerzo de la defecación notó que salía algo sumamente voluminoso y que no pudo hacer entrar más; en estas condiciones viene al hospital, donde la guar-

dia, previa anestesia clorofórmica, le reduce un prolapso del recto. Colocada en la sala II es examinada al día siguiente y sólo podemos observar una gran relajación del esfínter anal, que permite fácilmente introducir cuatro dedos. Al otro día, en un nuevo esfuerzo, la enferma siente las mismas molestias por las cuales ingresa al hospital; el prolapso se ha producido. Examinando entonces se constata lo siguiente: Saliendo del orificio anal se ve un tumor piriforme, rojizo, con algunas placas blanquecinas, teniendo unos diez centímetros de largo por otros tantos de diámetro; en la parte más inferior del tumor y dirigido para atrás, se observa un orificio a través del cual se escapan mucosidades y materias fecales líquidas.

El prolapso es reducido con suma facilidad, dando a la enferma algunas gotas de cloroformo. Se le da bismuto y opio para combatir sus fenómenos intestinales y enemas para combatir su rectitis, pero al tercer día se produce nuevamente. Por otro lado, la enferma no presenta nada anormal.

Operación. Septiembre 26. Anestesia mixta. Cloroformo, éter, aparato de Roth-Drager. Opera el doctor Cranwell. Laparatomía mediana infra-umbilical, posición de Trendelemburg. Se toma el útero con una pinza apropiada, se le levanta y se le dirige para adelante. El prolapso es reducido, traccionando sobre el colón pelviano. Se observa un colón de meso sumamente largo, un Douglas profundo. Con seda

fina se aplican dos suturas en jareta que toman la pared anterior del recto y la posterior de la vagina y peritoneo lateral adyacente; con estos puntos el Douglas queda obturado. Se acuesta transversalmente, dirigido de derecha a izquierda y de abajo arriba, al colón pelviano, se fija con puntos separados de seda fina a la cara posterior del ligamento ancho derecho bien bajo, al domo vaginal, luego al ligamento ancho izquierdo y llegando a la fosa ilíaca se incinde el peritoneo por fuera de los vasos ilíacos y se continúa fijándolo a la aponeurosis del psoas y peritoneo incindido. Cierre de la pared en tres planos.

Suites perfectas; a los ocho días se retiran los puntos. La enferma ha seguido bien y no ha visto reproducir su prolapso, a pesar de haber tenido, después de un mes de operada, un ataque de colitis sumamente agudo.

OBSERVACION II

Hospital Rivadavia. Servicio del doctor E. Belaústegui. Enferma observada y operada por el doctor Arnaldo Caviglia.

F. G., italiana, 60 años, casada. Ingresa el 31 de marzo de 1913.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 15 años tuvo paludismo y sus primeras reglas que, han sido dolorosas, rojas, puntuales en sus fechas de aparición, y que duraban tres días. Se casó a los 20 años; tuvo

ocho hijos, de los cuales siete fallecieron por causas diversas (Crup, neumonia, embarazo gastro-intestinal, etcétera). Menospausa a los 40 años, a los 50 apareció un escaso flujo que duró 4 a 5 días con dolores en el hipogastrio y en el periné. El esposo es sano.

Enfermedad actual.—Se inició hace dos años y medio, estando con una afección pulmonar. Durante los accesos de tos notó que le comenzaba a salir «una carne por el ano» que se acompañaba de dolor y unas veces se reducía espontáneamente y, otras veces, para conseguirlo debía colocarse en decúbito abdominal y efectuar una inspiración forzada o debía reintroducirlo con los dedos. Con cualquier esfuerzo (risas, defecación, esfuerzo mínimo) se provocaba su salida. El volumen del tumor fué aumentando paulatinamente, hasta adquirir el tamaño actual de 12 cm., a los seis meses de iniciado. Su consistencia que, según la enferma, al principio era blanda, se fué endureciendo hasta tener la consistencia actual, en el mismo lapso de tiempo. Desde hace dos años, pues, volumen y consistencia permanecen estacionarios. El funcionamiento intestinal, era irregular, con alternativas de constipación y diarrea y con períodos de normalidad; pero notaba que sus materias estaban cubiertas de mucosidades blanquecinas, a veces sanguinolentas que manchaban la ropa. Había tenesmo rectal seguido de dolores de vientre. La reducción del tumor se hace con los dedos desde dos años y tres meses, desde cuya fecha su salida se inicia tam-

bién con la marcha. Anorexia temporaria y pérdida de peso.

Estado actual.—Estado general bueno; desarrollo esquelético mediano, masas musculares regulares, buen panículo adiposo.

Piel.—Blanca, elástica, sin manchas ni cicatrices sospechosas; mucosas lisas y de buena coloración.

Tórax.—Esqueleto, glándulas mamarias, corazón y pulmones no presentan nada de anormal. Abdómen: globuloso, duro, regularmente depresible a la palpación profunda, a la cual acusa dolor en la región hipogástrica. No se palpa nada de anormal.

Aparato genital.—Grandes labios de grosor acentuado, adosados por su cara interna; los pequeños labios forman dos pequeños repliegues no adosados entre sí, dejando ver las paredes anterior y posterior de la vagina que hacen procidencia. El orificio de la uretra presenta un ectropión mucoso de color rojizo y aspecto tomentoso. Al tacto: vagina de paredes amplias, lisas y dilatables; cuello uterino pequeño, con dos desgarraduras laterales y una desgarradura en el labio posterior. Cuerpo uterino, pequeño, atrófico. No se palpan los anexos.

Aparato digestivo.- Intestino y anexos normales, menos en la parte terminal, donde, separando los glúteos, se presenta el ano como un orificio algo dilatado, infundibuliforme y la mucosa rectal se deja ver formando un anillo de tres milímetros de ancho y de color rosado. Haciendo pujar, se nota que,

primero se hacen más procidentes sus paredes vaginales y, a medida que esta procidencia aumenta, sale al través del ano un tumor alargado, cubierto en su exterior por la mucosa rectal, con un orificio de pliegues radiados en su extremidad inferior, en la cual se introduce y desaparece la mucosa que cubre su cara externa. A la palpación de su masa, se nota acentuada consistencia debajo de la mucosa deslizable. Introduciendo el índice alrededor del tumor, entre la masa que la forma y el esfínter anal, se nota un fondo de saco circular de 4-5 cm. de profundidad. Con la persistencia del tumor fuera del ano, la mucosa toma un color violáceo y sus vasos ingurgitados se dibujan perfectamente. La reducción se hace espontáneamente con solo dejar de empujar; más a menudo hay que reducir. Colocando los dedos en el fondo de saco posterior de la vagina y sosteniendo el útero arriba con la otra mano, se ordena a la paciente de pujar de nuevo; pero esta vez sólo sale al exterior la mucosa rectal. Introduciendo los dedos en el orificio anal, se constata su dilatación que llega a ser una circunferencia de 4 cm. de diámetro.

Se diagnostica: prolapso total de recto, a 3 cilindros.

Abril 14 de 1915. Operación. Anestesia general clorofórmica; la profunda difícil. Laparatomia mediana sub-umbilical. Pos. de Trendelemburg. A pesar de la protección, las ansas intestinales tienden a salir de la cavidad y molestan durante todo el tiempo de

la intervención. Se nota el Douglas profundo lleno de ansas delgadas y el colón pelviano de dimensiones anormalmente grandes, con un meso de 4 traveses de dedos de ancho. El recto tiene forma ampular, con el mayor diámetro de 8 cm.

Se practica la colopexia con supresión del Douglas de Quenu y Duval; el cierre del Douglas, así como la unión del intestino con la hoja externa de la sección peritoneal ilíaca se hace con catgut; las otras suturas con hilo. Marcha post-operatoria: suero, aceite alcanforado, cafeína, a pesar del buen pulso. Vómitos escasos en la tarde.

Abril 15: buen estado general. Abril 22: mueve el vientre espontáneamente. La herida abdominal, en su extremidad inferior, es roja, dolorosa, con tendencia a la supuración. Abril 23: se abre la herida y salen unos 50 gr. de serosidad purulenta de mal olor. Abril 24: purgante.

Días posteriores: marcha regular; la herida cicatriza por segunda. Se hace efectuar esfuerzo, pero no se consigue la más pequeña salida del recto. Mayo 3: Sale curada del hospital.

Después de su egreso del servicio, concurre al consultorio externo cada 8 días. Al mes de la intervención, a un gran esfuerzo, no hay salida de la mucosa y sólo se obtiene un despliegue del ano. A fines de junio, colocada la enferma en posición de la talla y efectuando un esfuerzo con la glotis cerrada, después que la presión intra-abdominal ha llegado

al máximo, se nota el despliegue del ano y además un ectropión mucoso anular de 3-5 mm. de ancho. Al mismo tiempo hay eversión de las paredes vaginales a través de la vulva.

En julio es atacada de bronquitis, que la obliga a guardar cama por dos días; pero cuyas manifestaciones de tos, en forma de accesos muy acentuados, duran tres semanas. A pesar de esto no hubo el más mínimo aumento del tumor rectal.

Agosto 4: Reingresa al servicio. Su bronquitis continúa, por lo cual se instituye tratamiento (ventosas secas, dionina, luego balsámicos). Agosto 18: Al examen local, las paredes vaginales algo procidentes en el anillo vulvar; al esfuerzo provocado esta procidencia aumenta y, llevándolo al máximum, comienza a hacer salida por el ano la mucosa rectal, que forma un repliegue circular de 1 cm. de ancho en su parte posterior y sólo de algunos milímetros en su parte anterior. La introducción de dos dedos en el orificio anal se hace con facilidad y despierta leve reacción dolorosa. Sosteniendo el cuello uterino con un dedo colocado en la vagina, y ordenando a la enferma que haga esfuerzo, no se produce el ectropión de la mucosa rectal.

Se diagnostica: cisto y rectoceles y prolapso mucoso del recto.

Agosto 16. Intervención. Anestesia intra-raquidea que dura media hora. Incisión perineal de Lawson Taits. Disección del tabique recto vaginal. Se

pasan dos hilos de catgut por la serosa rectal que se anudan entre sí y luego se pasan por la cara profunda de los elevadores, y se vuelve a anudar. Miorrafia de los elevadores. Pasaje de dos ansas de catgut superpuestas, tomando las fibras del esfínter anal (acortamiento del esfínter). Sutura de la pared vaginal, previa resección parcial. Sutura con crin de la piel. Sonda vesical, apósito externo.

Marcha post-operatoria. La sutura perineal se abre a los seis días y cierra por segunda. Todo lo demás en perfecto estado. Alta, el 17 de septiembre.

La enferma es observada posteriormente una vez por mes y su afección no ha aumentado. Su estado local es el mismo y sólo se puede producir un pequeño prolapso de la mucosa rectal, haciendo efectuar a la enferma un esfuerzo abdominal, con la glotis cerrada, sostenido por dos minutos.

CONCLUSIONES

1º.—No hay ningún método que deba aplicarse exclusivamente en todas las variedades de prolapso. La operación más sencilla o el solo tratamiento médico puede dar los mejores resultados cuando sea sabiamente empleado.

2º.—La resección será empleada únicamente como tratamiento de necesidad.

3º.—Las rectopexias son operaciones fáciles y benignas, que dan buenos resultados en los prolapsos de mediano volumen que no pasen de 8 a 12 cm. de longitud.

4º.—Las colopexias, según la técnica de Jeannel-Verneuil o con otras modificaciones, son operaciones benignas, pero muy poco eficaces en la gran mayoría de los casos.

5º.—Las operaciones perineales son insuficientes como método de tratamiento exclusivo para la curación de los prolapsos rectales.

6º.—La colopexia con supresión del Douglas de Quenu y Duval es operación fácil y absolutamente benigna, la única posible, con seguridad casi absoluta de éxito, en los grandes prolapsos rectales que pasan de 12 cm. de longitud; y por poderse emplear

en la mayoría de los casos, debe considerarse como procedimiento de elección.

Si hay debilidad perineal es necesario asociarle una operación que reconstituya la solidez del periné.

Buenos Aires, 24 de abril de 1916.

ANGEL LACOLLA.

BIBLIOGRAFIA

REVUE DE CHIRUGIE.— Año 1907, tomo 35.

» La colopexia (Lenormant).

» Contribución al estudio terapéutico del prolapso rectal (Lenormant).

» Año 1904, tomo 29, pág. 728.

» Año 1910, tomo 49, pág. 136.

» Colopexia (Quenu y Duval).

JOURNAL DE CHIRURGIE.— Año 1912, tomo I, pág. 321.

» Año 1912, tomo II, pág. 385.

» Año 1912, tomo II, pág. 639.

» Año 1914.

FORGUE.—Patología externa, tomo II.

MONOD y VANVERTS.— Operatoria.

L. OMBREDANNE.—Cirugía infantil, pág. 191.

KIRMISSON.—Cirugía infantil, pág. 563.

E. WEIL. Medicina infantil, tomo I, pág. 691.

QUENU y HARTMANN.—Tomo I, cirugía del recto.

C. LENORMANT.—La Ginecologie, tomo 17, pág. 321.

» Prolapso del recto. Tesis de París, de 1903.

LA PRESSE MEDICAL.- Tomo 22, núm. 37, pág. 393.

26° CONGRESO DE CIRUGIA de París, 1913.

19° CONGRESO DE CIRUGIA de París, 1906.

KEEN.—Cirugía, tomo 4.

ARCHIVOS GENERALES DE CIRUGIA, marzo 1910. Colopexia complementaria de las operaciones para el tratamiento del prolapso útero vaginal. (Mauclaire).

BOLETINES y MEMORIAS DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA.—Tomo 39, pág. 637 y 722.

BOLETINES DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA, enero 18 de 1905 (Le Dentu).

LE DENTU y DELBELT.—Ano y recto.

PRESSE DEDICAL.- Año 1902, tomo II. Técnica de la sutura de los elevadores en la perineorrafia. (P. Duval y R. Proust).

FERTE.—Prolapso de recto, tesis París, 1905.

TESTUT y JACOB.—Anatomía topográfica.

Buenos Aires, abril 25 de 1916.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Avelino Gutierrez y al profesor suplente Dr. Oscar Capello para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4°. de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Complicaciones del prolapso del recto.

Antonio C. Gandolfo.

II

Valor relativo de los medios de fijación del recto y su importancia en los procedimientos operatorios.

Avelino Gutierrez.

III

Indicaciones y ventajas de la operación de Quenu y Duval en el tratamiento del prolapso rectal.

Oscar Capello.

Buenos Aires, mayo 8 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3100 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30481