

medios higiénicos ayudados por una medicación apropiada, existen casos que resisten á toda clase de tratamientos como no sea el quirúrgico; ha tenido ocasión de observar recientemente un caso de prolapso rectal en un joven de treinta años, cuya duración era de veinte y nueve y medio, á pesar de haber usado en todas edades medios terapéuticos é higiénicos.

Es raro que en los niños se prolapse todo el intestino, ordinariamente es sólo la mucosa; de ahí que no sea preciso recurrir á grandes medios para curarlos en esa edad.

El caso expuesto por el Dr. Martínez Vargas era de prolapso total; cree que probablemente él no lo habría operado, y caso de hacerlo no se hubiera contentado con la excisión de dos porciones triangulares de mucosa, sino que hubiera hecho la extirpación total de la mucosa, utilizando el proceder de Treve, añadiendo la recto-cocipexia de Gerard Merchand, para de este modo evitar que el cilindro músculo-fibroso que con el proceder usado por el Dr. Vargas quedó comprimiendo la mucosa, pudiera empujar nuevamente la misma y hacer recidivar el prolapso.

El proceder mixto que aconseja tiene las ventajas siguientes: 1.º Se extirpa la porción de mucosa ulcerada, causa primera de los accidentes que se producen. 2.º No expone absolutamente á la abertura del peritoneo. 3.º Es una garantía para evitar la recidiva.

La indicación operatoria más urgente en el prolapso de los niños, cree ser el esfacelo; antes que reintroducir un trozo de intestino esfacelado, vale más proceder á la operación, sea cual fuere la edad del niño y el tiempo que tenga el prolapso.

El Dr. Azcarreta felicita al Dr. Martínez Vargas, y á seguida expone algunas consideraciones acerca de la patogenia del prolapso rectal. Cuando está indicada la intervención quirúrgica, es partidario de extirpar por completo el cilindro rectal prolapsado. Expone el procedimiento por él empleado.

El Dr. Margarit dice no es partidario de operar cuando el prolapso rectal no sea reductible, pues podría