388

120

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

HEMORROIDES

por la

DILATACION FORZADA

de los

ESFÍNTERES DEL ANO

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LEONIDAS LUCERO

Ex-practicante del Asilo de Haerfanos en la Epidemia de Oftalmia del 77 y 78
Ex-practicante de Vacuna Humana
Cirujano de primera clase de la Armada Nacional

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano 133 á 139

1881

2377

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

HEMORROIDES

por la

DILATACION FORZADA

de los

ESFÍNTERES DEL ANO

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LEONIDAS LUCERO

Ex-practicante del Asilo de Huerfanos en la Epidemia de Oftalmia del 77 y 78
Ex-practicante de Vacuna Humana
Cirujano de primera clase de la Armada Nacional

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano 133 á 139

1881

Facultad de Ciencias Médicas

Décano	Dr. D.	MANUEL PORCEL DE PERALTA
Vice Décano	«	« MANUEL ARAUZ
Tesorero	«	« MAURICIO GONZALEZ CATAN
Académicos	«	« NICANOR ALBARELLOS
	«	« MANUEL A. MONTES DE OCA
	«	« CLETO AGUIRRE
	«	« IGNACIO PIROVANO
	«	« FELIPE ARDENGHI
	«	« PEDRO A. PARDO
	«	« LEOPOLDO MONTES DE OCA
	«	« EDUARDO WILDE
	«	« PEDRO A. MATTOS
	«	« JOSÉ T. BACA
	«	« DOMINGO PARODI
	«	« RAFAEL HERRERA VEGAS
Secretario	«	« JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS
Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr.	D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	»	» Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	»	» Santiago Larrosa
Patología general	»	» José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica	»	» Pedro A. Mattos
Higiéne pública y privada	»	» Guillermo Rawson
Patología esterna, operaciones y vendages .	»	» Leopoldo Montes de Oca
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	»	» Manuel Arauz
Clinica Quirúrgica y operaciones	»	» Manuel A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	»	» Cleto Aguirre
Clinica Médica	»	» Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología.	»	» Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínica respectiva	»	» Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.		(Vacante)
Histología y Anatomía Patológica	Dr.	D. C. Lanus y Dr. Juan Borbon
Fisiología general y humana	»	» Francisco Tamini, en ejerc.
Patología general é Historia de la Medicina .	»	» Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica	»	» Pablo M. Santillan y Enrique del Arca
Higiene pública y privada	»	» Pedro Mallo
Patología esterna, operaciones y vendages .	»	» Lucio Melendez
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	»	» Manuel T. Podestá
Clínica Quirúrgica y operaciones	»	» Juan A. Argerich y Dr. Julian Aguilar
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	»	» Pedro F. Roberts
Clínica Médica	»	» Juan B. Gil y Dr. Carlos L. Villar
Medicina legal y Toxicología.	»	» Manuel Blancas y Eclemaco Suárez
Obstetricia y Clínica respectiva	»	» Antonio T. Ballester y Dr. Samuel Molina

Disectores

DOCTOR DON JUAN J. NAON y A. PIÑEIRO

PRESIDENTE DE TESIS

DOCTOR DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

A la memoria de mis padres

A mi distinguido Maestro

EL DOCTOR D. CLETO AGUIRRE

PROFESOR DE OFTALMOLOGIA Y CLINICA OFTALMOLÓGICA

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Mucho he vacilado en la eleccion del punto sobre que habia de versar este trabajo, porque es tarea árdua para el que recien abandona las aulas, tratar con acierto cualquiera de los vastos y difíles temas que nos ofrece la medicina.

Si con él logro, no solo dejar cumplida la obligacion que me imponeis, sino tambien corresponder dignamente á vuestro celo por mi enseñanza médica, veré satisfecha una de mis ardientes aspiraciones como discípulo.

Es *el tratamiento de las hemorroides por la dilatacion forzada de los esfínteres del ano, el tópico que he elegido para mi disertacion.*

La importancia del asunto es indiscutible, si se tiene en cuenta que la afeccion hemorroidal ha sido siempre una de las mas esparcidas, y es actualmente tan comun, que, casi forman la escepcion, los que no padecen de ella. Sin embargo, se ha adelantado tan poco en su estudio que, aun en la actualidad, no se ha hecho del todo la luz sobre algunos puntos de su

historia médica. Todos los autores no están de acuerdo, no sólo sobre la necesidad de oponer un tratamiento curativo, sinó tambien sobre los medios que deben emplearse para su curacion.

Las ideas vitalistas que desde la mas remota antigüedad, se han venido trasmitiendo, son la causa de la oscuridad que por mucho tiempo ha reinado sobre esta materia.

En efecto, Hipócrates, si bien reconocia la naturaleza varicosa de las hemorroides, sostenia que eran debidas á la fijacion de la bilis ó del flegma en las venas del recto, y agregaba que los que padecen de ellas, no tienen ni pleuresía, ni perineumonía; que las várices que sobrevienen á los que padecen de los riñones les son buenas y útiles, y que á los melancólicos y enajenados les libra de su locura.

Estas son en resúmen las opiniones del padre de la medicina sobre esta enfermedad. Las conclusiones terapéuticas emanadas de estas ideas, eran bien simples. Lejos de suprimir las hemorroides, se debia mas bien tratar de favorecer su desarrollo. Sin embargo, habla de la ligadura, la cauterizacion por el fierro rojo, la escision, como operaciones que podian practicarse en ellas, sin graves consecuencias. Estas ideas fueron reproducidas por Galeno, Aetius, Oribáses, Celso, Pablo de Ejina y otros, quienes consideraron las hemorroides como emunctorios saludables, reconociendo, sin embargo, aunque sin esplicarse claramente, la necesidad de un tratamiento quirúrgico en un cierto número de casos.

En el siglo XVI, Ambrosio Paré reprodujo tambien las mismas ideas sobre la naturaleza venosa de las hemorroides, sobre la calidad de los humores que se fijan en ella, sobre las ventajas de un flujo moderado y los inconvenientes del flujo abundante; pero se conforma con el tratamiento médico puramente.

Recien en el siglo XVIII las opiniones de Hipócra tes empiezan á ser modificadas. A su doctrina se sustituye otra no menos errónea, emitida por Sthal. Este no reconoce en la sangre vertida por las hemorroides, las calidades atrabiliarias atribuidas por Hipócrates; pero sostiene que la sangre afluye y se acumula en las venas del recto cuando está en gran abundancia en la economía; y es para desembarazar al individuo de este esceso de sangre, que lo espondria á una plétora dañosa, que estas venas reciben y dan ese líquido. Las conclusiones terapéuticas de esta teoria seguian siendo las mismas.

Un poco mas tarde J. L. Petit, sin dejarse influenciar, por las ideas de Sthal y de Hipócrates, é inspirado en su propia observacion, dá mejores nociones sobre la etiología, y, apesar de que para él, como para los antiguos, las hemorroides son várices, incurre en una exajeracion, atribuyendo á este mismo proceso mórbido todas las enfermedades del recto.

Las opiniones de Sthal han predominado por mucho tiempo; y aun á principios de este siglo, no solo no habian desaparecido del todo los errores de los siglos pasados, sino que nacian otros nuevos. Recamier en 1800 sostiene que las hemorroides no son várices,

sino que están constituidas por quistes desarrollados en el tejido celular. Doce años mas tarde Delarroque reproduce esta misma idea y la antigua opinion sobre el peligro de suprimir las hemorroides.

Asi pues, la parte clínica y terapéutica de esta afec cion, seguia en la oscuridad en esta época, y no ha salido de ella sinó cuando los cirujanos, examinando y estudiando con mas detencion este punto, han empezado á rechazar la antigua idea de las hemorroides saludables, y reconocer la necesidad de un tratamien to quirúrjico, sin inquietarse tanto por los peligros de su supresion.

Hoy, que se hallan rotas para siempre las dificultades enjendradas en la terapéutica por las teorías anti guas, es reconocida esta necesidad por la mayor parte de los médicos y cirujanos.

Entre los diversos medios que han sido puestos en práctica, para obtener la curacion de las hemorroides, el que nos ha merecido una atencion preferente es *la dilatacion forzada de los esfínteres del ano.*

Demostrado por Verneuil el rol predominante que juega la contraccion de los planos musculares del recto, en los casos de hemorroides; de lo cual es fácil convencerse, si se tiene en cuenta la disposicion de las venas del recto en relacion con ellas, no se puede dejar de reconocer que su tratamiento por la dilatacion forzada es racional y eficáz. Por otra parte, esta operacion, no suprime las hemorroides, sino que venciendo la contractura, que las produce y entretiene,

hace desaparecer los accidentes y síntomas que constituyen los verdaderos padecimientos del enfermo.

Poco importa, en efecto, que los tumores hemorroidales persistan, con tal que no se repitan las hemorrajias, que debilitan al enfermo, los dolores y otros síntomas que lo fatigan.

Esta operacion ha sido practicada por primera vez por Maisonneuve y Lepelletier para combatir la contractura en los casos de hemorroides; pero es á Verneuil á quien corresponde el honor de haber hecho de la dilatacion forzada el tratamiento racional de las hemorroides. Él aconsejó y aplicó esta operacion contra dicha enfermedad en 1874, y su método ha sido espuesto por Cristofari, en su tesis, en 1871.

El Dr. Fontan, habiendo esperimentado en sí mismo sus buenos efectos, tambien la puso en práctica con los mejores resultados.

No tenemos conocimiento de que entre nosotros se haya aplicado dicha operacion, apesar de que su eficacia ha sido ya demostrada por numerosos casos de curacion que se le deben.

Por nuestra parte, la hemos aplicado dos veces, con el mejor resultado, como lo demuestran las observaciones que insertamos al fin de esta tésis.

Las dificultades con que hemos tocado en el público para seguir aplicando este tratamiento, cada vez que se nos ha presentado la indicacion, no nos han permitido contribuir á su justa vulgarizacion, con un mayor número de observaciones.

ANATOMIA DEL RECTO

No pretendemos hacer una descripcion completa de este órgano, sinó señalar únicamente algunas particularidades que son de importancia para el asunto de que nos ocupamos.

El *recto* es la última porcion del intestino grueso y está compuesta de cuatro túnicas, que son, procediendo de fuera á dentro:

La *serosa* que está constituida por el peritoneo y es incompleta, pues no cubre mas que su porcion superior, donde forma el meso-recto.

La muscular formada por dos planos de fibras, longitudinal y circular. Las primeras son superficiales, y no forman como en el cólon, tres bandeletas, sino que aumentan de número, formando en el recto un plano contínuo, regular y tan espeso, que en algunos casos puede vencer la resistencia del esfínter esterno. Las circulares se refuerzan tambien, pero no forman un plano uniforme, presentando su mayor desarrollo en la porcion inferior del recto donde constituyen el

esfínter interno. Este haz muscular mide de altura, segun Sapey, de 4 á 6 y aun hasta 7 centímetros, teniendo por límites abajo, la línea en que la mucosa se continúa con la piel, y confundiéndose por arriba casi insensiblemente con las fibras circulares mas elevadas, de las cuales se distingue muchas veces por su mayor espesor.

Se admite tambien la existencia, en muchos casos, de un haz de fibras musculares situado mas arriba del esfínter interno, al nivel de la base de la próstata y que ha sido designado por Nelaton con el nombre de *esfínter superior*. Las fibras circulares que lo constituyen son incompletas, no abrazan toda la circunsferencia del recto. Su anchura es de un centímetro y su espesor de dos á tres milímetros (Sapey).

La *celulosa*, en que serpean los vasos y nervios.

La *mucosa*, abundante en elementos glandulares y muy vascular, está débilmente adherida á la precedente, lo que le permite una gran movilidad, en virtud de la cual acompaña al órgano en sus movimientos de ampliacion y de estrechamiento. Se describen en ella varios repliegues, longitudinales y circulares: uno de estos lleva el nombre de *válvula de Houston*, se encuentra situado hácia arriba. En seguida se hallan los primeros, conocidos con el nombre de *columnas de Morgagni*. Inferiormente están las *válvulas de Morgagni* á 12 milímetros del ano.

Respecto á la circulacion del recto solo nos ocuparemos de las venas, cuya disposicion es de gran importancia para el asunto que tratamos

Estas venas han sido muy bien descritas por Goselin, Verneuil, Duret y otros. Hé aquí, en resúmen, su distribucion, segun Goselin y Duret.

Ellas se dividen en hemorroidales superiores, medias (1) é inferiores. Las primeras desembocan en la pequeña mesaraica y por lo tanto pertenecen al sistema de la vena *porta*. Las inferiores van á la hipogástrica y á la pudenda interna y por lo mismo pertenecen al sistema venoso general.

Ambos sistemas comunican entre sí, aunque de una manera muy limitada, pues sus medios de uniou se reducen á pequeñas vénulas cuya presencia solo se demuestra por inyecciones muy finas.

Generalmente se describen dos redes venosas: la una situada bajo la túnica mucosa, la otra bajo la túnica muscular. La red sub-mucosa es notable por la multiplicidad y volúmen de sus ramas. Las mallas de esta red son tanto mas apretadas cuanto mas se aproximan al ano, y al nivel de los repliegues semilunares. A 12 milímetros del orificio anal, segun Goselin, esta red es tan abundante, que ya no forma mallas, sino que las venas que la constituyen se hallan superpuestas las unas á las otras, formando paquetes de 5 á 8 milímetros de espesor. El mismo

(1) Segun Sapey, las arterías hemorroidales medias no tienen venas que les correspondan, cuando se terminan esclusivamente en el recto. Solamente cuando terminan en parte en este órgano, en parte en las vesículas seminales y la próstata, ó la vagina, son acompañadas por una vena que toma orígen en los órganos vecinos del recto y no en este mismo órgano.

Convencidos de la exactitud de este dato anatómico, no hacemos mas que mencionar dichas venas.

Anatomia descriptiva por P. H. C. Sapey 1874.

autor describe cinco de estos, cada uno de los cuales termina por un borde redondeado que corresponde al de cada válvula semi-lunar.

Estas venas terminan en fondos de saco ó divertículos, disposicion que es muy importante tener en cuenta bajo el punto de vista de la patogenia de las hemorroides.

De este plexo sub-mucoso nacen gran número de ramas, que atraviesan la túnica muscular y se reunen las unas a las otras, para formar en la parte superior del recto, el tronco de la mesaraica inferior.

A su paso al tráves de dicha túnica se encuentran rodeadas de verdaderos ojales musculares desprovistos de anillos fibrosos protectores, disposicion que es muy digna de notarse, por las modificaciones que puede imprimir en la circulacion de estas venas, la contraccion de las fibras musculares.

Fisiología del Recto

Este órgano desempeña una doble funcion: la contencion de las materias fecales y la defecacion.

El curso de estas materias en el intestino grueso es muy lento, pues está sujeto á muchas causas de retardo y aun retroceden en su marcha en la posi-

cion vertical del individuo, hasta que llegan al recto donde sufren una última detencion ántes de ser expulsadas al esterior.

Es en la ampolla rectal donde se van depositando; y merced al poder de dilatacion de esta parte y al *tonus* muscular de los esfínteres, son allí contenidas.

Fuera de los límites del estado fisiológico entra en ejercicio la contractilidad muscular, y el esfínter esterno es el que opone entónces esta nueva resistencia á la salida de las materias, lo que constituye la *retencion*.

La contencion es, pues, involuntaria; la retencion es al contrario, voluntaria.

La defecacion es, como la llama Fontan, un fenómeno reflejo de espulsion. Llevadas las materias fecales por el movimiento peristáltico hácia la parte superior del recto, que hace continuacion con el ano, producen la sensacion de contacto que determina su espulsion. Esta se verifica, entonces, por la contraccion de las fibras longitudinales del recto, que, conjuntamente con las del elevador del ano, producen el acortamiento del canal, al mismo tiempo que las fibras circulares hacen descender el bolo fecal, el cual es fragmentado por las contracciones del esfínter esterno.

La contraccion combinada del diafragma y los músculos abdominales completan el conjunto de fuerzas, que el organismo pone en juego para este acto, en el que se ven desarrollar con variable intensidad los fenómenos del esfuerzo.

Patogenia y Etiologia

La formacion de las várices hemorroidales es debida principalmente á las numerosas dificultades, á que está sujeta la circulacion venosa del recto, y entre ellas la contractratura; sino juega el principal rol, como lo quiere Fontan, es por lo menos uno de los elementos mas importantes en esta patogénia.

La mayor parte de las causas de las hemorroides son predisponentes; y de estas deben figurar en primera línea las anatómicas y fisiológicas.

En efecto, las venas hemorraidales se encuentran en condiciones las mas desfavorables para la circulacion—Ellas se hallan en una posicion declive que dificulta el curso de la sangre; están desprovistas de válvulas, y, como hemos dicho al ocuparnos de la anatomia, se hallan rodeadas por anillos musculares, que contrayéndose pueden disminuir y obliterar su calibre, produciendo asi el éstasis sanguíneo y la dilatacion, á que contribuye tambien su terminacion en divertículos ó fondos de saco.

El *tonus* muscular indispensable para la contencion de las materias fecales, si bien entorpece ligeramente la circulacion de retorno, obra de una manera contínua, y por lo tanto no deja de ser una causa, aunque lenta, de la formacion de várices.

El mecanismo de la defecacion obra en el mismo sentido, y aun con mayor energia. Ya hemos visto cómo el recto es acortado durante este acto por la contraccion de las fibras longitudinales y del elevador del ano. Las venas hemorroidales se encuentran desde luego reducidas á ocupar un menor espacio, para lo cual forzosamente tienen que aumentar sus flexuosidades, resultando de aquí un gran obstáculo á la circulacion. Las fibras circulares, que á su vez se contraen para hacer progresar el bolo fecal, contribuyen igualmente á detener la circulacion, constriñendo dichas venas.

Las fibras circulares de los esfínteres tienen tambien otro modo de accion, para producir los mismos efectos, al cual llama Fontan *constriccion como por cordon de bolsa.* La contraccion de las fibras musculares de los dos esfínteres, agrega este autor, transforma la parte inferior del recto en una cavidad virtual aproximando y cerrando en haces los troncos venosos, mas ó menos paralelos, y las columnas de Morgagni que vienen á adosarse por sus caras laterales y entrar en contacto por su borde libre, plegándose en roseta ó en estrella, fácil de comprobar sobre un corte por vivisecciones en los animales.

Ahora bien: si el *tonus* y la contraccion de los planos musculares son causas de retardo en la circulacion de retorno ¿cuánto mas eficaz será, especialmente esta última, si en vez de ser pasajera toma el carácter de una verdadera contractura? Desde luego engendraria la constipacion, á la que todos los autores

están contestes en señalar como una de las causas principales de las hemorroides.

Dicha contractura bien puede localizarse en los esfínteres, ó estenderse á todas las fibras del recto, y aun alcanzar hasta el cólon; pero de cualquier modo que suceda, las perturbaciones que ella ocasionaria en la defecacion son mas ó menos las mismas.

La acumulacion de las materias en la ampolla rectal se hará con mucha dificultad y lentitud; tardará mucho en producirse su distencion y la sensacion de contacto que determina la espulsion, mucho mas si la contractura se ha estendido hasta el cólon, por que entonces el bolo fecal detenido por mucho tiempo no llegará al recto, sino por pequeños fragmentos considerablemente reducidos en su volúmen por la desecacion, que les ha hecho sufrir su larga permanencia allí; mayor cantidad de materias serán por consiguiente necesarias; y como su progresion se hace con mucha dificultad, tenemos una cadena interminable de obstáculos para que la espulsion tenga lugar.

Agréguese á esto otra circunstancia que contribuye á mantener la constipacion, y es que la permanencia prolongada de las materias vá amortiguando poco á poco la sensibilidad de la mucosa, hasta que llega á establecerse una especie de hábito ó tolerancia.

Es fácil esplicarse cómo obra la constipacion para producir las várices. Dos son los factores que entran en juego: la compresion prolongada que ejer-

cen las materias fecales, y los esfuerzos que obligan á hacer al enfermo durante la defecacion.

Hay otras causas que obran mecánicamente deteniendo la circulacion de la vena porta; tales son: los tumores intraabdominales, la preñez, la cirrosis del hígado, etc.

La vida sedentaria, que obra disminuyendo la actividad circulatoria, y los ecsesos de mesa congestionando á menudo las venas hemorroidales, deben figurar con justo título en el número de las causas predisponentes.

Poca ó ninguna es la influencia que puede atribuirse en el desarrollo de esta enfermedad al temperamento y la constitucíon, pues, si se observa un cierto número de hemorroidarios, por reducido que sea, se encontrarán todos los temperamentos y constituciones.

Las hemorroides son rarísimas en la infancia; apenas se cita uno que otro caso; son frecuentes en la juventud, sobre todo en la edad madura y la vejez, lo que parece indicar que es indispensable para su desarrollo, un cierto grado de debilidad en las venas, que solo se produce con los progresos de la edad.

El sexo ejerce alguna influencia sobre la produccion de las várices hemorroidales; y, á pesar de que la preñez es una causa que espone á menudo á la mujer á su desarrollo, son sinembargo mas frecuentes en el hombre, el cual por su vida mas activa y los ecsesos á que se entrega con frecuencia, está mas es-

puesto que aquella á todo género de enfermedades.

Los autores reconocen tambien una influencia diatésica, y algunos establecen una cierta relacion entre las hemorroides y la gota, fundados en la coincidencia de estas dos enfermedades, de la cual deducen una accion del principio gotoso sobre las venas hemorroidales. A este respecto observa Goselin que es dificil esplicar esta accion, y que si las hemorroides son comunes en los gotosos es porque en ellos obran causas locales, tales como la constipacion, que les es habitual, y la vida sedentaria, unido todo esto á la alimentacion suculenta, causas que al mismo tiempo que los ha predispuesto á la gota, han obrado en el mismo sentido respecto de las hemorroides.

Tambien se atribuye un rol importante á la herencia, y se citan casos de individuos, hijos de padres hemorroidarios, que han padecido desde muy jóvenes de esta afeccion. Lebel dice haber conocido ocho ó diez familias, compuestas de muchos miembros atacados todos de hemorroides. Aunque por mi parte he observado algunos casos, en que parece evidente la influencia hereditaria, reconozco, con Goselín, la dificultad de esplicar esta influencia. En efecto, siendo tan frecuente la afeccion hemorroidal, no es estraño encontrarla en personas de la misma familia.

¿Cómo deslindar, por otra parte, lo que corresponde á la herencia, cuando existen en todos los individuos las mismas condiciones anatómicas y fisiológi-

cas que predisponen al desarrollo de las várices hemorroidales?

Se ha reconocido en el uso del áloes una accion bastante eficaz para producir hemorroides. Sin participar en un todo de las ideas de algunos autores que la niegan absolutamente, no puedo dejar de reconocer que esta sustancia congestiona el recto, y que, si bien esta causa por sí sola no es capaz de producirlas, por lo menos puede coadyuvar al efecto de otras preexistentes en el individuo, lo mismo que el abuso de otros purgantes drásticos, que obran irritando la mucosa rectal y determinando por consiguiente una fluxion hácia este órgano Pero no creo que por medio del áloes se puedan provocar hemorroides en personas que antes no las hayan tenido, ó en quienes su desarrollo no sea inminente.

Trouseau, á este propósito, confiesa que ha tratado á menudo de producir las várices por medio del áloes, y que lo único que ha conseguido, en el mayor número de casos, es determinar una irritacion en la mucosa del recto, pesantez en el bajo vientre y algunas veces un derrame de sangre abundante; pero nunca verdaderos tumores hemorroidales.

Rol de la contractura en la sintomatologia de las hemorroides

Si se examina lo que puede llamarse un ataque de hemorroides, facilmente se convence uno de que la

mayor parte de los síntomas y accidentes que lo constituyen, estan bajo la dependencia mas ó menos inmediata del espasmo ó de la contractura de los esfínteres. (1)

Todos los autores dividen las hemorroides en dos clases: esternas é internas, division que está fundada, no solo en la diferencia de asiento de estos tumores, sinó tambien en sus síntomas.

Las hemorroides esternas son tumores varicosos situados debajo del esfinter del ano; y de la porcion del tegumento que limita el contorno del orificio anal. (2) Son variables en número y volúmen, pues hay veces que solo se encuentra uno de estos tumores, otras veces son varios y forman un rodete circular. Las primeras faces de su desarrollo son poco conocidas, porque, como no ocasionan grandes incomodidades á los enfermos, estos no consultan al médico, sino cuando estan completamente formadas.

En tal caso, se presentan con un color azulado, son mas ó menos duros y resistentes, de apariencia venosa, ó bien afectan la forma de una escrecencia cubierta por ese tegumento fino, que constituye la transicion de la piel á la mucosa.

(1) Hé aquí la division que hace el doctor Fontan de la contractura; puede ser pasagera ó permanente la primera es el espasmo; la contractura, propiamente dicha, es la segunda. Esta última, á su turno, puede ser indolente, y entonces es la contractura simple; dolorosa sin fisura, y es la esfinteraljia simple; ó bien puede ser acompañada de un epifenómeno, mas raro de lo que se cree: la fisura. y entonces se llama esfinteraljia fisural (J. Fontan—Du traitement des hémorrhoides par la dilatation forcée des *sphincters de l'anus* 1877.)

(2) Goselin las subdivide en mucosas, mucoso-cutáneas y cutáneas, segun que estan cubiertas solamente por la mucosa, por esta y la piel á la vez, ó por la piel sola.

Los síntomas funcionales, que determinan al principio, solo consisten en una sensacion de peso hácia el ano, dolor que se manifiesta durante la defecacion y cada vez que el enfermo se sienta ó cambia de actitud. Si entónces se examina el ano, se encuentra uno ó varios tumores redondos, globulosos y sesiles. El tejido que los rodea está algo hinchado, rojo y doloroso al tacto. Al cabo de dos ó tres dias, estos síntomas disminuyen poco á poco, hasta que desaparecen, y el enfermo no nota, en el sitio que ocupaban, mas que la presencia de un tumor flácido y casi imperceptible á la simple vista. Tales fenómenos desaparecen para siempre ó se repiten con mayor intensidad, á intérvalos mas ó menos largos, constituyendo asi lo que se describe bajo el nombre de ataque de hemorroides.

En dicho ataque se ven, pues, exagerarse los síntomas que dejamos descritos; los tumores aumentan de volúmen, se ponen de un color violáceo, duros, dolorosos á la presion. Este dolor se exajera cada vez que el enfermo se sienta, camina ó hace cualquier esfuerzo, y, sobre todo, durante la defeçacion. A veces se observa tenesmo vesical con espulsion dolorosa de la orina.

Obrando los tumores como cuerpos irritantes, provocan espasmos del esfínter, y á ellos deben atribuirse la mayor parte de los sufrimientos que caracterizan el ataque de hemorroides. Durante la noche, cuando el enfermo se entrega al reposo, apenas ha logrado conciliar el sueño, es despertado por estos es-

pasmos, que se hacen mas frecueutes é intensos por el calor de la cama; á ellos suceden latidos ó pulsaciones, y esa sensacion tan penosa de cuerpo estraño que provoca el tenesmo, que obliga al enfermo á esfuerzos inútiles de defecacion, siendo á la vez una fuente de nuevos dolores; á estos síntomas acompaña una reaccion febril con todas sus manifestaciones.

Tales fenómenos aumentan durante dos ó tres dias, á los cuales sucede un periodo estacionario, de duracion mas ó menos igual, que termina por una disminucion progresiva de los tumores y los sufrimientos que ellos originaban.

Asi pues, la terminacion mas frecuente es por resolucion, pero no es la única, algunas veces, aunque raras, tiene lugar por ruptura. Goselin cita dos casos en que ha observado esta terminacion en el Hospital de la Pitié.

Por mi parte la he observado tambien una vez. Se trataba de dos tumores hemorroidades, uno de los cuales presentó esta ruptura, que dió salida durante tres dias á un líquido sero-sanguinolento, derrame que disminuyó un poco su volúmen, terminando el resto por resolucion. Por último, algunos admiten tambien la terminacion por supuracion.

Una de estas crísis predispone á otra y es mas frecuente la recidiva si existen á la vez hemorroides internas, en cuyo caso, los sufrimientos son mayores.

Despues de muchos ataques, las hemorroides pasan al estado de induracion, que es permanente; entónces

los tumores son duros, rosados, indolentes y nunca sobreviene en ellos la turjencia inflamatoria de que hemos hablado.

Las hemorroides esternas no sangran nunca, y si esto sucede alguna vez, la cantidad de sangre á que dan salida, es muy poco considerable, y está muy distante de constituir el verdadero flujo hemorroidal.

Las *hemorroides internas* son tumores varicosos desarrollados en la red terminal de las venas hemorroidales superiores (1). Los síntomas y accidentes que las caracterizan las hacen mas graves.

En general, no ocasionan grandes molestias, mientras permanecen interiores; pero son orígen de atroces padecimientos cuando salen fuera, y se prolonga mucho su procidencia. Sin embargo, aun en el primer caso, suelen producir algunas incomodidades, tales como una sensacion de peso ó de plenitud en la region anal, la estacion sentado no puede sostenerse sinó por cortos momentos, la defecacion se hace con lentitud y aun con dolor; todo lo cual indica un cierto grado de turjencia en los tumores. Estos fenómenos no duran arriba de tres ó cuatro dias, despues de los cuales la circulacion se restablece, produciéndose antes un lijero derrame sanguíneo; pero lo mas comun es que este derrame coincida con la procidencia.

Las cosas, sin embargo, no se pasan siempre así:

(1) Segun Goselin, el sitio preciso de estos desarrollos es á 8 ó 10 milímetros de la abertura anal, y en la estremidad de la porcion de intestino cerrado por los esfínteres.

estas hemorroides se ponen turjentes antes y, sobre todo, durante la defecacion, cuando los planos muscu-lares del recto entran en contraccion. Entonces son espulsadas afuera y se ponen tanto mas tumefactas, cuanto mas dura este acto, y por consiguiente, la compresion sufrida por las venas.

Una vez que ha terminado la defecacion, prolon-gada tanto tiempo, ya por la constipacion, ya por el tenesmo anal, la procidencia continúa mas ó menos tiempo, sostenida por la contractura del esfinter, que no permite la entrada á los tumores, no solamente por el obstáculo que les opone á su paso, sino porque dificultando mas el retorno de la sangre venosa, de-termina en ellos un mayor aumento de volúmen.

Segun que la contractura es mas ó menos perma-nente ó pasajera, la reductibilidad será mas ó menos fácil, pudiendo la procidencia prolongarse hasta pro-ducir la gangrena; pero ántes que llegue á este grado estremo de irreductibilidad, pasa por diferentes faces, variando entonces de intensidad los síntomas funcionales que determina.

En algunos casos la contraccion de las fibras mus-culares es fisiolójica, y por lo tanto pasajera la procí-dencia; los enfermos apenas se aperciben de ella, y una vez determinada la defecacion, las hemorroides entran por sí mismas. Pero apesar de esta facilidad en la reduccion, suelen acompañarse de otro acciden-te: la hemorrajia. Como su envoltura es muy delga-da, puede romperse fácilmente, lo mismo que las vári-ces que encierra que, por ser mas abundantes y mas

susceptibles de llegar á mayor grado de tension, se desgarran tambien bajo los menores esfuerzos, ó bien, esta desgarradura es producida por el bolo fecal. La cantidad de sangre á que dan salida es variable y depende del número de estas desgarraduras, de su tamaño, del grado de turjencia, y, por último, del espasmo ó la contractura de los esfínteres que aumenta la tension sanguínea (1), Algunas veces estas pérdidas de sangre tienen lugar durante todas las deposiciones; otras veces se hacen con intérvalos mas ó menos largos, aun cuando el prolapso tenga siempre lugar. Si la cantidad de sangre es pequeña, no ejerce ninguna influencia en la salud del individuo; pero, si es abundante durante algunas de sus deposiciones, ó si, á pesar de no serlo, son muy repetidas, entonces el enfermo se debilita, sus funciones se hacen mal, y poco á poco se declaran los síntomas de la anémia.

(1) Segun Fontan la forma en que se hace la hemorrajia pone de manifiesto el carácter de la contractura. Cuando esta es permanente y por consocuencia la tension en las várices es constante, la sangre se derrama regularmente por gotas mas ó menos gruesas y con intérvalos mas ó menos oproximados. Si al contrario la contractura es intermitente, la sangre se derrama á chorro sacudido, simulando el chorro arterial. Esta es á su juicio una de las causas que ha hecho creer en la naturaleza arterial de las hemorroides. No obstante, hay autores como Allingham y Molière que se fundan en razones de estructura para creer, que algunas veces, el derrame es arterial, pues ellos reconocen tres periodos en el desarrollo de las várices: periodo capilar, arterial y venoso que no son mas que modificaciones de una lesion inicial. En cada uno de ellos, las hemorroides son fluentes y la sangre á que dan salida seria arterial ó venosa, segun el período en que tuviera lugar el derrame.

Por su parte Goselin, fundado ee la falta de dilataciones arteriales en las preparaciones anatómicas, afirma que el elemento arterial, si toma parte en la estructura de las hemorroides internas, es muy pequeña; pero declara al mismo tiempo, no haber estudíado detenidamente este punto.

Otras veces, aun cuando el prolapso se reduzca fácilmente con mas ó menos hemorrajía ó sin ella, se acompaña de un dolor que persiste despues de su reduccion. Este dolor es comparado por los enfermos á una quemadura prolongada; se exaspera por el mas lijero contacto ó frote, y es análogo al de la fisura.

Generalmente se atribuye á erociones ó escoriaciones que se encuentran en los tumores. Para el doctor Fontan, fuera del estado de flebitis, es siempre el resultado de un espasmo ó contractura del esfínter anal y de todo lo que esta bajo su dependencia mas ó menos inmediata, como el éstasis sanguíneo, la conjestion y la inflamacion etc., que en verdad, son tambien causa de dolor.

El prolapso no siempre se reduce fácilmente; á veces su reduccion es lenta y difícil. Las hemorroides no entran inmediatamente despues de la defecacion, ni son bastante las presiones ejercidas en ese momento con tal fin; ellas continúan fuera durante algunas horas, ocasionando al enfermo los mas crueles sufrimientos. Aquí, como en el caso anterior, el enfermo es atormentado por la sensasion de plenitud, por el tenesmo que lo obliga á esfuerzos inútiles de defecacion y que, aunque este acto se efectúe, nunca lo cree terminado; por el dolor, mas intenso que en el caso precedente, y que se exacerba no solo por la presion, sinó tambien por el tacto, el roce cuando el enfermo camina, y sobre todo, por los espasmos del esfinter; generalmente, el enfermo se ve en la necesidad de tomar la cama, puesto que la marcha se hace difícil,

lo mismo que toda posicion que no sea la horizontal.

Solamente cuando el esfínter se ha relajado, ó los tumores han dado salida á una cantidad de sangre, que disminuye su turjencia, entran espontaneámente ó con ayuda del tácsis; pero la recidiva no es raro que se presente en cada deposicion, puesto que la constipacion nunca falta; y así, uno de los primeros cuidados del médico, debe ser el de mantener el vientre siempre corriente á fin de prevenir aquella, ó por lo menos evitar que el prolapso, si se reproduce, no sea tan prolongado.

Este accidente de las hemorroides internas, adquiere aun mayores proporciones y constituye una crísis en que se nota la exageracion de los fenómenos que acabamos de describir Este es el caso de las hermorroides internas procidentes é irreductibles por estrangulamiento, que describe Goselin. Las hemorroides salen, pero ya no son solo los espasmos, ni una contractura pasajera lo que impide su reduccion: es una contractura persistente que, llevando la compresion hasta el estrangulamiento, puede llegar á producir un esfacelo y siempre accidentes inflamatorios, la flebitis y sus consecuencias. Los tumores aumentan de volúmen, toman un color casi negro, pónense duros, tensos, su reduccion se hace cada vez mas difícil.

Si conjuntamente existen hemorroides esternas, se inflaman tambien, y por el exámen de la region enferma se las observa inchadas á causa de encontrarse dificultado el retorno de la sangre venosa, y del der-

rame de serosidad producido en el tejido celular, inflamado por vecindad. La region está tensa, resistente y sensible á la presion. La fosa isquiorectal ha cambiado de forma; se presenta casi plana, está tensa y resistente. Si la introduccion del dedo en el recto fuese posible en tal caso, seria comprimido por un anillo duro y resistente, en que se ha transformado el esfinter esterno, contracturado.

El tumor que se presenta á la vista, está formado por dos rodetes; el uno constituido por las hemorroides internas revestidas por la mucosa que se halla algunas veces escoriada y cubierta de mucus; el otro, formado por las esternas.

El dolor que acompaña á este estado, es de los mas vivos; tan pronto lo compara el enfermo á la sensasion de una quemadura prolongada, como á una presion hecha con tenazas. Este dolor es continuo, sin trégua; ningun tópico es bastante para calmarlo. Se ecsaspera por el mas ligero contacto, aun el de las nalgas, que por esta causa, el enfermo trata de mantener separadas. Buscando un alivio á tanto sufrimiento, cambia á cada instante de actitud, pero inútilmente, porque en ninguna lo encuentra. El tenesmo anal, esa falsa necesidad de defecar, acompaña tambien al dolor y lo agrava, lo mismo que los esfuerzos reiterados á que le obliga la constipacion que se entuplican ahora, á causa de los obstáculos mecánicos que se oponen al paso de las materias.

Finalmente, á las contracciones espamódicas del

esfínter, se agregan espasmos vesicales y la espulsion de la orina se hace con dolor.

Si los fenómenos inflamatorios no son muy intensos y si la hemorragia tiene lugar, pueden terminar por resolucion, y entónces, la procidencia se reduce fácilmente con ayuda del reposo, y las maniobras del tácsis; pero no es raro que el estrangulamiento determinado por la contractura, llegue hasta producir el esfacelo.

No insisteremos mas sobre el rol tan preponderante, que aquella tiene en el desarrollo de los síntomas y accidentes de estas crísis de la afeccion hemorroidal.

Tratamiento

Muchos autores se preguntan si se debe instituir un tratamiento curativo contra las hemorroides, á lo que se contesta negativamente; pues, fundados en la influencia que se les ha atribuido sobre la salud, y aunque sin participar de las exageraciones de otros tiempos, creen que en la mayoría de los casos deben respetarse, limitándose á oponerles tan solo un tratamiento paliativo.

Es sabido que desde la mas remota antigüedad se ha atribuido á las hemorroides una inmensa importancia relativamente á la influencia que parecian

ejercer sobre la salud y sobre las enfermedades, influencia que se fundaba en diversos fenómenos, tales como la regularidad con que se presentan las congestiones y el flujo sanguíneo que las acompaña en algunos casos, diversas alteraciones que preceden á su aparicion, el bienestar que les sigue, las enfermedades que han parecido terminar tan felizmente, la coincidencia de tal ó cual accidente con la supresion de las hemorroides.

Pero lo que particularmente habia llamado su atencion era el flujo sanguíneo, considerado como el fenómeno principal y el mas importante de la afeccion hemorroidal. Ya hemos dicho que Hipócrates y los médicos de su escuela veian en él un emunctorio útil por el que la economía se desembarazaba de la atrabilis, de la materia melancólica y otros humores cuyo ecseso era para ellos orígen de muchas enfermedades.

Esta opinion fué reproducida en el siglo XVIII; aunque con algunas modificaciones, por muchos médicos, y sobretodo por Sthal quien estableció que las hemorroides no eran mas que uno de tantos reservarios colocados por la naturaleza y á donde la sangre afluia i se acumulaba para ser espulsada cuando se encontraba en gran abundancia en la economía, siendo una flucsion ó conjestion el trabajo por medio del cual se llenaban. Esta misma flucsion ha servido para esplicar los fenómenos de la crísis hemorroidal, hasta la procidencia, incurriendo así en una

ecsajeracion que los progresos de la anatomía i de la clínica han puesto bien de manifiesto.

Siendo, pues, dicha flucsion y el derrame de sangre á que dá lugar una tendencia natural de la ecónomía, era consiguiente que se le considerara necesario para la integridad de la salud, y su supresion no podia intentarse sin esponer al individuo á sérios trastornos.

No hay duda que las hemorroides, se acompañen ó no del flujo sanguíneo, ejercen en un cierto número de casos una influencia positiva sobre el organismo, puesto que todos los fenómenos que se pasan en él se relacionan mas ó ménos íntimamente; pero esta influencia ha sido exajerada; los hechos en que se ha basado no son del todo concluyentes, y siendo á mas escepcionales no constiuyen la regla.

El flujo hemorraidal, á cuya supresion se atribuyen diversos accidentes, es muy raro que se produzca espontáneamente; él tiene lugar al mismo tiempo que la procidencia de los tumores hemorroidales en los cuales el ecseso de tension ó las materias fecales producen á su paso una ó varias rupturas que dan salida á la sangre. ¿Porqué, pues, suponer una flucsion ó conjestion espontánea que dá lugar á un flujo sanguíneo igualmente espontáneo, como se admite segun la teoría antedicha, cuando estos fenómenos se esplican fácilmente por causas puramente mecánicas?

El flujo sanguíneo no es, por otra parte, el elemento esencial de la afeccion, como antigua-

mente se le consideraba, es un fenómeno accesorio, un accidente que no siəmpre la acompaña, que muchas veces es insignificante y sin ninguna importancia.

El bienestar que le sigue bastaría para probar que es ventajoso para el enfermo, si fuera tan solo debido á él; pero debe tenerse presente que estas pérdiñas de sangre tienen lugar durante la defecacion, que es por lo general prolongada y acompañada de dolores, y al mismo tiempo que la procidencia; que, por lo tanto, el consuelo que aseguran esperimentar los enfermos no es esclusivamente debido á la hemorrajia, sinó tambien á la reduccion de aquella y á la conclusion de una defecacion larga y dolorosa que eran tambien causas de malestar. Despues de cesar un estado insólito, dice Goselin, se encuentra uno siempre mejor y sucede para las hemorroides lo mismo que para las lucsaciones y las hernias que se acaban de reducir.

Si el derrame se siguiera en todos los casos á un estado pletórico, podria ser de alguna utilidad y bastaría él solo para esplicar el bienestar que se produce; pero esto es mas bien escepcional, como que las hemorrides se encuentran en toda clase de temperamentos y constituciones.

Se ha dicho que el flujo sanguíneo es saludable por que preserva de otras afecciones mas graves, pero esta es una asercion que no ha sido demostrada por los hechos. En su apoyo se citan casos de hemorroidarios que nunca han padecido de catarros bron-

quiales, de apoplegía, locura, etc., pero otros tantos pueden citarse que han tenido estas ú otras enfermedades. Muchos de ellos se encuentran consignados en los libros, pero solo mencionaremos dos de nuestra propia observacion. No hace mucho hemos asistido de una neumonia á un individuo con hemorroides muy antiguas y fluentes, siendo de notarse que fué atacado de dicha enfermedad precisamente durante uno de sus frecuentes ataques de hemorrides, y que años atrás habia padecido de la misma enfermedad. El otro es un hemorroidario atacado durante muchos años de un catarro bronquial crónico, y que hace poco murió de una hepatitis aguda, á la edad de 45 años. Pero no solamente hay innumerables hechos que desmienten esta accion preservadora de las hemorrides, sino tambien su influencia feliz sobre la marcha de las enfermedades.

Igualmente se asegura que los que padecen de aquellas sin tener hemorroides, no las hubieran tenido si hubieran estado sujetos á un flujo hemorroidal ¿Cómo podría probarse esto?

Tampoco se encuentra confirmado por la esperiencia ese derrame periódico comparado al flujo menstrual, cuya supresion tanto se teme. Esta periodicidad cuadraba perfectamente á los que han sostenido la teoria de la flucsion y el flujo sanguíneo saludable; y quiza por esto es que no ha sido sometida á una rigurosa observacion, como en la época actual. No ecsiste una periodicidad tan regular ni tan precisa como se asegura y como puede creerse á primera

vista, si se juzga tan solo por los datos que sobre ella dan los enfermos que jeneralmente tienen la propension de ecsajerarla; pero si se les somete á un sostenido interrogatorio sobre este tópico, y á un ecsámen escrupuloso, facilmente se convence uno de la verdad. Todos los enfermos á quienes hemos interrogado sobre el particular nos han dicho que perdian sangre de tiempo en tiempo, durante la defecacion, por dos, tres ó mas dias seguidos ó no; que este derrame se reproducia con intérvalos de veinte dias, de uno, de dos meses, pasando algunas veces temporadas de varios meses sin que volviera á presentarse. Esto es lo que hemos podido deducir, no solamente de nuestra propia observacion, sinó tambien de la de prácticos eminentes, como la de Goselin, quien asegura no haber podido comprobar dicha periodicidad en un gran número de hemorroidarios que ha observado, y así creemos que en el estado actual de la ciencia, no puede aceptarse este fenómeno sinó como muy raro y como un resultado fortuito, mas bien que providencial.

¿Cual sería por otra parte la accion benéfica de este flujo sobre la marcha, por ejemplo, de las enfermedades órgánicas del corazon, como una insuficiencia, las del hígado, como una esclerosis ó un tumor abdominal? Ninguna, si el derrame fuese insignificante ó pequeño, y perjudicial si fuera abundante, porque debilitando al enfermo, activaria los desórdenes de la circulacion y de la nutricion. Lo que decimos de estas afecciones puede aplicarse á muchas otras. El flujo hemorraidal, léjos de tener una in-

fluencia feliz sobre la marcha de las enfermedades, las agrava y precipita su fin fatal. Un ejemplo palpitante de esto me referia, no hace mucho el Doctor Güemes—Se trataba de una jóven hemorroidaria, que asistió de una pleuroneumonia, durante la cual sus hemorroides dieron una hemorrajia tan abundante, que hubo necesidad de recurrir al percloruro de fierro para contenerla. Dicha hemorrajia agravó considerablemente el estado de la enferma, por la debilidad ocasionada que impidió la resolucion.

Así, pues, creemos que á lo menos, para la mayoria de los casos, no está suficientemente demostrada la influencia saludable de las hemorroides, ni los peligros de su supresion, y, ya que nuestra propia esperiencia no nos autoriza lo bastante á formar este juicio, podemos citar en nuestro apoyo, la de muchos médicos y cirujanos que son autoridades en la ciencia, como Berard, Boyer, Nelaton, Lebel, Allingham, Goselin, etc, que nunca han visto alterarse la salud jeneral por la supresion completa de las hemorroides, aun cuando fuesen asiento de pérdidas considerables. Lejos de esto, siempre han observado una mejoria notable y duradera.

A este propósito dice Nelaton: « Por lo que hace á « la supresion de un flujo sanguíneo al cual la eco· « nomia está habituada, no hay que temer; por lo « demas nunca he visto accidente alguno producido « por esta causa. » (1)

(1) Nelaton. Lecciones Clinicas.

Berard rechaza tambien la influencia saludable de las hemorroides, y sostiene que esta afeccion producida ó favorecida por causas enteramente locales, es, en el mayor número de los casos, una afeccion incómoda mas bien que necesaria para la integridad de la salud.

Lebel consagra un largo capítulo á esta cuestion. Las siguientes líneas demuestran su profunda conviccion sobre el particular, fundada en la esperiencia de los grandes maestros y en la suya propia:

« Nada prueba que los ataques ó las flucsiones he-
« morroidales, por manifestarse en épocas mas ó
« ó menos aprocsimadas, mas ó menos regulares, ga-
« rantan de males graves, á los individuos en quie-
« nes se muestran. En vano se querrá atribuir á
« la supresion de las hemorroides, inflamaciones
« pasajeras, oftalmías, erupciones diversas, enfer-
« medades del cerebro, del pulmon; muy á menudo
« las hemorroides han desaparecido, el derrame de
« sangre ha sido suprimido en casos aun en que las
« conjestiones y el flujo eran periódicos, sin que haya
« sobrevenido ninguna de las enfermedades atribui-
« das al pretendido peligro de la supresion. La ma-
« yor parte de las que han parecido ser su efecto, por-
« que le habian sucedido mas ó menos tiempo, despues,
« no tenian ninguna relacion con las hemorroides. »

« Pues estas enfermedades sobrevienen, á menudo
« en los casos en que la afeccion hemorroidal no ha
« sido en nada perturbada, en casos aun en que el
« flujo hemorroidal era lo mas abundante, y su apa-

« ricion está lejos de tener sobre la marcha de las « enfermedades, la influencia feliz que se le ha su- « puesto. »

Estas son hoy las ideas mas, jeneralmente admitidas, á pesar de que algunos clinicos eminentes como Moissenet, Bazin, Lasegue, Lanelongue pretenden resucitar la antigua idea emitida por Sthal sobre la influencia saludable de las hemorroides y los peligros de su supresion.

Si, pues la afeccion hemorroidal ofrece en algun caso ventajas reales, no está suficientemente probado. Fuera de aquellos en que las hemorroides se presentan con tal carácter de benignidad, que las hace considerar como indiferentes, constituyen siempre una afeccion incómoda, que á veces imposibilita al enfermo para el trabajo, que deprime su moral, que lo coloca en un estado prócsimo á la enfermedad y que muchas veces, lo esponen á serios trastornos: tales son los casos de procidencia irreductible y dolorosa, de flujo sanguíneo frecuente y abundante, que lo conducen rápidamente á la anemia, con el cortejo de enfermedades que son su consecuencia.

Resulta de lo espuesto, que las hemorroides reclaman un tratamiento curativo, y aquí debe tenerse presente que lo que se entiende por curacion de las hemorroides, no es su desaparicion completa, sinó la cesacion de los síntomas y accidentes que las complican, pues poco importa que los tumores persistan, con tal que no perturben en nada la salud, ni ocasionen ninguna molestia al que los lleva. Este resul-

tado se consigue por medio de la dilatacion forzada, operacion que no puede ser mas sencilla, inocente y eficaz y que, por lo tanto, está llamada á prestar grandes servicios en el tratamiento de las hemorroides á mas de los que ya tiene prestados en manos de muchos cirujanos que la han aplicado siempre con buen éxito.

No pretendemos por esto hacer de la dilatacion una panacea contra las hemorroides; existen otros medios quirúrgicos á mas de los médicos á que es necesario recurrir en muchos casos, segun las indicaciones que se presenten.

Para mayor claridad en la esposicion, conviene dividir las hemorroides en varias clases y adoptamos la division del Dr. Fontan, quien las distingue en tres, que son: 1ª Hemorroides indiferentes; 2ª Intolerables, y 3ª Peligrosas ó que deben suprimirse.

Existe efectivamente un cierto número de hemorroidarios en quienes las hemorroides, no producen grandes molestias. Están constituidas por pequeños tumores, no dolorosos, que se acompañan de un poco de constipacion, que no dan sangre y por lo tanto merecen con justicia, la calificacion de indiferentes que se les ha dado.

El tratamiento á oponer en este caso es muy sencillo y debe consistir, ante todo, en un buen régimen higiénico. El enfermo deberá evitar todas las causas que puedan congestionar las venas del recto. Debe prescribírsele el ejercicio, una alimentacion sóbria,

los baños, las lavativas de agua fria, antes de cada deposicion.

Los medios farmacéuticos deben dirigirse, en primer lugar, contra la constipacion, tratando de regularizar las deposiciones; y como á menudo habrá necesidad de recurrir á los purgantes, es necesario elegir entre ellos los que producen menos constipacion consecutiva.

En seguida, vienen los medios locales, entre los que figuran los emolientes, astrinjentes, narcóticos y antiespasmódicos. La compresion es tambien muy útil contra esta clase de hemorroides.

La segunda clase, ó hemorroides intolerables, comprende las que toman este carácter por la frecuencia de sus crísis, por la procidencia y su mayor ó menor reductibilidad, el dolor, la hemorragia y la esfinteralgia simple ó fisural.

Contra esta clase de hemorroides, preconiza el Dr. Fontan tres medios que son: la compresion, el tácsis y la dilatacion forzada de los esfínteres del ano.

He tenido ocasion de observar los benéficos resultados que se obtienen por la compresion en varios enfermos en quienes la he aplicado.

Ella les produce un gran alivio, porque facilitando la circulacion, desengurjita los tumores hemorroidales é inmovilizando la region anoperineal, calma la contractura y por consiguiente el dolor y el tenesmo. Su modo de obrar sobre la contractura, talvez sea como lo creen algunos, inmovilizando el esfínter mis-

mo y deformándolo por la propulsion que le hace sufrir.

El modo de aplicarla es muy sencillo: se tapona la fosa izquiorectal por medio de rodetes de algodon ó compresas graduadas que se mantienen por un vendaje en T, ó por medio de alguno de esos aparatos contentivos construidos espresamente para este fin.

El tácsis es una operacion que en muchos casos logra practicarla el enfermo mismo; pero en otros, la procedencia es tan irreductible, que se hace necesaria la intervencion del médico.

Diversos medios se han empleado para practicarla, y la eficacia de estos, depende en mucho de la colocacion que se dé al enfermo.

El mejor me parece aquel que consiste, en colocarlo con la rejion sacro-coccijia sobre el borde de un plano resistente, haciendo en seguida elevar la rejion anal, y sosteniendo sus dos piernas contra el muro, tan alto como sea posible. Con esta posicion declive y maniobras apropiadas ejecutadas con los dedos, las hemorroides entran fácilmente.

Réstame tan solo ocuparme de la dilatacion forzada de los esfínteres del ano. Para comprender su eficacia, basta recordar la influencia preponderante que ejerce la contractura en el desarrollo de esta enfermedad, y de sus síntomas, que estan bajo su dependencia, mas ó menos inmediata:

Este tratamiento se dirije, pues, contra la causa y contra sus efectos. Haciendo desaparecer la contractura, se suprime el dolor, el flujo sanguineo, la

procidencia y su dificil reduccion, por fin, todo el cortejo de síntomas que constituyen los padecimientos del enfermo.

No me detendré á hacer un juicio comparativo de los diversos procedimientos empleados en la aplicacion de este método: tan solo me limitaré á esplicar el que indican los autores que lo han aplicado á la cura de las hemorroides, y que he seguido en los dos casos en que he tenido ocasion de practicarla.

No se trata aquí de la dilatacion gradual que consiste en introducir mechas ú otros objetos de calibre sucesivamente mayor, sinó de una dilatacion completa obtenida en una sola vez; pero no tampoco brusca é instantánea, con ruptura de las fibras musculares. No hay necesidad para alcanzar el objeto deseado, que es el alargamiento de las fibras musculares contracturadas, de llevar la dilatacion hasta la ruptura, que á mas de ser inútil, no está ecsenta de peligros; pues, no se obtendria este resultado, sin desgarrar algunas venas, producir su inflamacion, una hemorragia y talvez una embólia.

El manual operatorio es el siguiente:

Conviene tener el cólon perfectamente vacío, para lo cual, se administra el dia ántes de la operacion un purgante, y aun una lavativa en el mismo dia en que ha de tener lugar.

La anestesia es indispensable, tanto para evitar el dolor, cuando porque facilita la dilatacion; debe llevársela hasta la relajacion muscular.

El Dr. Fontan aconseja emplear el éter sulfúrico

por ser menos peligroso, á causa de lo prolongada que es la operacion y porque predispone menos al síncope que el cloroformo.

Por nuestra parte, hemos empleado este último en los casos operados, sin que hayamos tenido nada de que lamentarnos.

Una vez anestesiado el enfermo, se le coloca en decúbito dorsal con la rejion cocsíjea en el borde del lecho, las piernas en flexion sobre los muslos, y estos sobre la pélvis, manteniéndoseles separados por dos ayudantes En seguida el operador introduce en el recto el índice izquierdo, préviamente untado de cerato, con la cara palmar vuelta hácia el cócsis, hasta que halla sobrepasado el límite superior del esfínter interno, abrazando asi la parte posterior de los dos esfínteres en una especie de gancho formado por el índice encorvado. Se hace lo mismo con el indice derecho, vuelta su cara palmar en sentido contrario.

En esta posicion los dedos son separados en sentido opuesto, progresivamente y con suavidad, pero sin llegar hasta los planos óseos: se mantienen los dedos asi separados un cierto tiempo, medio á un minuto. Se hace la misma maniobra en direccion *trasversal*, es decir, siguiendo el diámetro bisisquiático, y despues los diámetros intermediarios.

Esta primera série de dilataciones, se repite varias veces, tratando de llevarlas, cada vez mas lejos, uniendo los dedos medios á los índices y reemplazándolos por los pulgares, lo cual se hace á menudo necesario, á causa de la fatiga que produce la operacion.

Se llega por fin de esta manera, hasta apoyar la pulpa de los dedos contra los planos óseos de los diámetros ántero-posterior y trasverso, donde se mantendrán dos minutos, no debiendo darse por terminada la operacion, sino cuando los dedos, vueltos al centro del recto, no sean acompañados por los esfínteres, lo que demuestra que se ha vencido la retractilidad. Para estar bien seguro de ello, es necesario repetir esta última dilatacion varias veces.

Procediendo con lentitud y progresivamente, se obtiene la dilatacion, sin haber contusionado los tejidos, ni dado lugar á la salida de sangre, cosas que deben evitarse por inútiles para el resultado, y aun por peligrosas.

Como se vé, la operacion no puede ser mas sencilla y de una inocuidad mas completa. Es evidente que podrian emplearse instrumentos, y algunos cirujanos han hecho uso en vez de los dedos, del espéculum bivalvo, y de otros. Nosotros no hemos empleado nada mas que los dedos en nuestras operaciones, en las que hemos seguido estrictamente el manual que dejamos descrito. Asi es que no hemos podido palpar las ventajas ó inconvenientes que pueden presentar los instrumentos. El Dr. Fontan, dice haber usado el espéculum de Ambrosio Paré, en el cual ha encontrado el inconveniente de que para obtener una dilatacion completa, es necesario mantener su base fuertemente apoyada contra el ano, en cuyo caso, su estremidad, que es mui larga, puede contundir y aun desgarrar el recto.

A parte de todo esto, creemos que ningun instrumento puede reemplazar á los dedos, que no solo nos permiten oponer la fuerza necesaria al objeto y graduarla proporcionalmente á la resistencia vencida, sinó que tambien, nos dan la nocion ecsacta de las partes, permitiéndonos salvar de la compresion los tumores hemorroidales, que pueden encontrarse abajo del esfínter interno.

Inmediatamente despues de la operacion, el enfermo siente un dolor contusivo, y en las primeras 24 horas un poco de disuria, al dia siguiente ó á los dos dias, siente la necesidad de defecar; para este caso se prescribe de antemano una lavativa emoliente, con lo cual la defecacion se opera con la mayor facilidad y desde entonces deja de ser para el enfermo una fuente de sufrimientos que antes esperaba con terror.

Ya hemos dicho como obra la dilatacion sobre las hemorroides; nos resta tan solo saber, si los resultados tan benéficos de esta operacion, son duraderos. El Dr. Fontan no ha visto presentarse la recidiva en ninguno de sus enfermos. Tampoco se ha presentado esta hasta ahora en los casos que hemos operado. Pero de todas las observaciones, la que nos parece mas concluyente, es una que se encuentra publicada en el Anuario de Ocaña. En todo caso, si la recidiva llega á presentarse despues de un tiempo mas ó menos largo, no vemos inconveniente en repetir una operacion tan simple como exenta de complicaciones; y talvez aquella se evitaria, practicando á largos in-

térvalos una dilatacion moderada, y no dolorosa, segun la opinion del Dr. Horand.

La 3ª clase comprende como hemos dicho las hemorroides peligrosas ó que deben suprimirse. Son todas aquellas que se complican de hemorragias muy graves ó de degeneraciones: ulcerosa, cancerosa ó de otra clase.

Contra esta clase de hemorroides existen una série de medios quirúrgicos entre los cuales el cirujano puede elejir. Tales son la cauterizacion por el fierro rojo, la galvano-caustia con las modificaciones que ha recibido, etc.

Observaciones

—

Al insertar aquí las dos observaciones que hemos podido recojer, cábenos la satisfaccion de espresar nuestra gratitud al doctor Luis Güemes, á cuya galante y generosa cooperacion, debemos el haber tenido oportunidad de aplicar á la cura de las hemorroides el tratamiento por la dilatacion forzada.

Insertamos tambien otras dos que son de las mas concluyentes entre las que hemos visto publicadas, una de las cuales pertenece al Dr. Fontan y en ella se trata de su misma persona, y la otra que trascri-

bimos íntegra del Anuario de Ocaña, y que es una de las que permiten juzgar mejor de la eficacia de este tratamiento, por el largo tiempo que se ha mantenido la curacion.

I

N. N. argentina, soltera, 20 años de edad, costurera, temperamento linfático, constitucion débil.

Hace dos años padece de hemorroides y de una constipacion tenaz, siendo sus deposiciones cada vez mas difíciles y dolorosas, acompañadas á veces de un prolapso que se reduce con dificultad.

Durante este tiempo habia agotado gran número de remedios, aconsejados por varios médicos y á principios del mes de Agosto del año 1880, consultó al Dr. Güemes y merced á la medicacion instituida por este, se mitigaron un tanto sus padecimientos; pero no tardaron en presentarse nuevas crísis en que los dolores eran atroces, el prolapso persistente; el flujo sanguíneo, que hasta entonces se habia presentado muy rara vez y en cantidad insignificante, tomaba mayores proporciones Uno de estos ataques, que tuvo lugar en los primeros dias de Enero del corriente año, fué terrible.

La enferma presentaba al exámen dos rodetes, uno esterno formado por tres tumores, el mayor del tamaño de una cereza, de un color rojo violáceo, muy hin-

chados y dolorosos á la presion. El otro interno concéntrico al primero, formado por dos tumores voluminosos, igualmente tensos y tan sensibles, que la mas lijera presion arrancaba gritos á la enferma.

Una parte de la mucosa habia sido arrastrada afuera en la procidencia y estaba tumefacta, lo mismo que todo el contorno de las hemorroides esternas. El suelo perineal mismo estaba levantado, mas tenso y menos depresible que en el estado normal. Habia una contractura de los esfínteres bien manifiesta.

En tal estado fueron inútiles las tentativas que se hicieron para reducir el prolapso, por los dolores que las maniobras ocasionaban á la enferma, y los obstáculos que oponian los esfínteres contracturados. Tampoco fué posible encontrar ninguna fisura.

Se resolvió entonces hacer la dilatacion forzada y, á instancias del Dr. Güemes, la enferma se decidió á ser operada el dia siguiente, 16 de Enero.

Anestesiada por el cloroformo, procedimos, en presencia de los doctores Güemes y Ramos Mejía, á hacer la dilatacion de los esfínteres hasta su relajacion completa, siguiendo estrictamente el método descrito y empleando todo el cuidado y precauciones necesarias, para no comprimir las hemorroides inflamadas. El resultado obtenido fué comprobado por el Dr. Güemes, que hizo algunas dilataciones en varios sentidos, con este objeto.

La operacion se pasó sin accidente alguno digno de mencionarse. Al volver en si la enferma esperi-

mentó un dolor local bastante intenso, pero soportable, y un poco de disuria.

Se le ordenó que tomara una lavativa en el momento de llamarle el vientre, y á mas el opio en píldoras, por si el dolor le impedia conciliar el sueño.

Dia 17—La enferma ha pasado bien la noche, sin haber hecho uso del opio, el dolor solo ha durado de 4 á 5 horas.

Dia 18—Prévia la lavativa prescrita, hizo la primera deposicion sin dolor, espulsando las materias en masa y en un tiempo. Las hemorroides salen, pero se reducen inmediatamente terminada aquella.

Al dia siguiente, nueva deposicion sin dolor y sin procidencia; la enferma se levanta y puede dar algunos paseos en su habitacion. En los dias sucesivos las deposiciones siguen haciéndose con la misma simplicidad; la procidencia no vuelve á repetirse, y la turgencia disminuye progresivamente hasta quedar del todo flácidas.

La constipacion ha desaparecido; la enferma no ha vuelto á sufrir hasta ahora de sus hemorrides, y se considera completamente curada.

II

N. N. italiano, sastre, edad 45 años, temperamento nervioso, constitucion débil. Hace próximamente diez años que padece de hemorroides inter-

nas y esternas que, si bien podia tolerar al principio, han concluido por acarrearle frecuentes padecimientos é imposibilitarlo para el trabajo, pues los ataques que sufre son frecuentes y dolorosos. Su constipacion es de las mas rebeldes, y cada desposicion, se acompaña de los mas vivos dolores, de un prolapso que á veces no logra reducir, sino con gran trabajo y de un derrame sanguíneo que consideraba de un gran beneficio por el alivio inmediato que le producía, pues, así que terminaba, conseguia eiempre reducir el prolapso y veia disminuir poco á poco todos sus sufrimientos; pero de dia en dia, el flujo sanguíneo ha ido tomando proporciones alarmantes y haciéndose mas contínuo, y en consecuencia, ha empezado á sentir los síntomas de la anémia: su color es pálido amarilloso, su enflaquecimiento notable, se fatiga fácilmente, á menudo es atacado de palpitaciones; su apetito ha disminuido, sus digestiones son laboriosas y la de fecacion que es causa de tantos dolores para él, es su preocupacion constante.

El último ataque de hemorroides tuvo lugar el 3 de Febrero de este año. El enfermo habia hecho una deposicion que fué seguida como de ordinario, de un prolapso de los mas voluminosos y una turjencia considerable de sus hemorroides, tanto internas, como esternas. Se desarrolló entonces una crísis de las mas dolorosas.

El orificio anal se presentaba al ecsámen, cubierto por varios tumores violáceos, tensos, muy dolorosos

á la presion, y cubiertos de mucus. La contractura del esfínter bien manifiesta; no habia fisura.

El enfermo que hasta entonces habia rehusado la dilatacion forzada, se decidió á ser operado, y el dia 8 practicamos con el Dr. Güemes dicha operacion.

Anestesiado el paciente por el cloroformo, procedimos á hacer una dilatacion lenta y progresiva de los esfínteres, compartiendo el trabajo con el Dr. Güemes para que nos fuera menos fatigoso. No se dió ésta por terminada, hasta no haber obtenido la relajacion completa.

Al despertar el enfermo, sintió dolores bastante intensos que se propagaban al cólon y que duraron cinco ó seis horas; hubo tambien disuria. Se ordenaron aplicaciones frias al ano y una pocion opiácea con lo que pasó bien la noche. A las cuarenta y ocho horas, hizo la primera deposicion con toda facilidad, aunque seguida de algun ardor en el ano; el prolapso no se reprodujo; á lo menos el enfermo no se ha apercibido de él. Desde entonces, las deposiciones se hacen diariamente sin dolor y con toda facilidad. A los cuatro dias, el enfermo se levanta, sus hemorroides se van deprimiendo poco á poco, empieza á alimentarse bien, á recuperar sus fuerzas; todas sus funciones se cumplen cada dia mejor, su constipacion ha desaparecido, y hasta la fecha no ha vuelto á quejarse del ano, en el cual hoy no se ven mas que dos pequeños tumores completamento flácidos y casi imperceptibles á primera vista.

Observacion del Dr. Fontan

HEMORROIDES ESTERNAS — ESFINTERALGIA SIMPLE — DILATACION FORZADA — CURACION (1)

En el ejército del Este (1870-71), fuí atacado de una disentería grave, que, unida á la fatiga del caballo, me produjo sucesivamente muchos ataques de hemorroides; despues me dejó finalmente un rodete hemorroidal esterno y circular.

Desde esta época, constipacion habitual, deposiciones largas y penosas. Conjestion cada vez mas fuerte de las várices, cuya reduccion es muy difícil.

Cada deposicion es acompañada de un derrame sanguíneo bastante abundante. Estos síntomas se acentuan mas, y hácia mediados del año 1874, empiezo á sentir dolores vivos despues de cada deposicion. Estos toman rápidamente todos los caractéres de los dolores fisurales, y adquieren bien pronto un grado tal de agudez, que dándoles el epíteto de atroces, quedo muy lejos de la verdad. Con ellos las hemorragias aumentan, y no tardo en sentir sus malos efectos.

En resúmen, despues de haber agotado todo lo que las investigaciones interesantes de un médico pueden

(1) Del tratamiento de las hemorroides por la dilatacion forzada de los esfinteres del ano—Fontan—1877.

encontrar en remedios, y no pensando mas que en la fisura, ruego al Dr. Berne quiera ecsaminarme. Él no apercibe ningun indicio de fisura, apesar de un prolapso notable de la mucosa anal. Sin embargo, como esta fisura es siempre sospechada y la contractura es manifiesta, reclamo la operacion, que me es practicada el 3 de Junio de 1875 por los Dres. Berne y Gayet.

Despues de anestesiado por el éter, sufro una dilatacion forzada con los dedos, pero brusca y enérgica, con el objeto de rupturar las fibras del esfinter.

El Dr. Berne tiene la sensacion manifiesta de una desgarradura. Para asegurarse que la dilatacion es tan completa cuanto es posible, el Dr. Gayet practica á su turno el alargamiento en los dos sentidos. Ligero derrame sanguineo durante la operacion.

Al despertarme, dolores violentos que duran ocho horas, con disuria y estranguria. El hielo aplicado contra el ano es mal tolerado; solo la compresion parece procurar un poco de consuelo. En fin los dolores se calman poco á poco.

A los dos dias, primera deposicion casi sin dolor, pero que se opera en masa, con un cierto grado de prolapso de la mucosa. Turjencia menor del rodete hemorroidal y reduccion fácil por el tacsis; no hay hemorrogia. A los dos dias puedo levantarme y volver á emprender mis ocupaciones al cabo de una semana.

Desde esta época no he tenido una sola hemorrajia; no sufro mas, ni tengo esa aprension al ir á hacer mis

deposiciones, pesadilla perpétua de los hemorroidarios. El rodete hemorroidal que era muy voluminoso, disminuye de dia en dia, y solamente una sensacion pasagera de dificultad acompaña á las deposiciones durante algunos minutos. La turjencia no es sinó momentánea y se reduce muy fácilmente. En una palabra, yo me considero como curado.

Observacion del Dr. Aubert

(Anuario de Ocaña, año de 1879)—Hemorroides
Tratamiento por la dilatacion forzada

La idea de aplicar la dilatacion del ano al tratamiento de las hemorroides, ha tenido en Lyon su mas completo desarrollo, y los prácticos de aquella escuela, no pierden ocasion de demostrar, con hechos, la escelencia de este método, el Dr. Aubert ha dado á luz recientemente una obeservacion de hemorroides tratadas hace mas de dos años por la dilatacion del ano.

Era el enfermo un hombre de 33 años, afectado de hemorroides muy antiguas, con crísis dolorosísimas de tiempo en tiempo; los tumores se reducian con mas

ó menos trabajo; pero en Agosto de 1876, despues de una deposicion, salió un rodete hemorroidal segun costumbre; mas no se redujo ni espontaneámente, ni por los esfuerzos del enfermo. Despues de muchos dias de cama y de la aplicacion de muchos remedios, continuaba en el mismo estado y con sufrimientos intolerables. En estas circunstancias se decidió el Dr. Aubert á practicar la dilatacion forzada. Anestesiado el paciente, hizo la reduccion del rodete hemorroidal, practicando en seguida la dilatacion forzada del ano, por medio de los pulgares introducidos en el recto y separados luego con fuerza. Durante seis horas hubo dolores intensos que se calmaron casi instantáneamente por medio de una pocion de cloral.

Al dia siguiente de la operacion pudo el enfermo dar un pequeño paseo, y á las 48 horas hizo una deposicion fácil y abuntante, cayendo el bolo fecal en masa y bruscamente, como si saliese de una vasija que se hubiera volcado; las hemorroides no salieron, pero se produjo un dolor bastante vivo y que duró cuatro horas. A partir de este momento y sin que hubiese necesidad de hacer mas, el enfermo se encontró perfectamente bien, pudiendo viajar, cazar, y hacer sus deposiciones sin que se manifestase el mas pequeño tumor hemorroidal. Un año despues de la operacion se presentó un tumor pequeño, que aumentó lentamente de volúmen, pero sin producir molestia. El resultado obtenido se sostiene trascurridos dos años y medio de la operacion, y el alivio que el paciente sintió inmediatamente de practicada ésta, fué tal que

dice que se prestaria con gusto á ser operado todos los años si fuese necesario.

La fecha, ya antigua, de esta operacion y la falta de todo otro tratamiento, permiten juzgar el método, mejor que la mayor parte de los hechos hasta ahora publicados.

Segun hizo observar el Dr. Horand, en la discusion á que dió motivo esta historia, una dilatacion moderada, no dolorosa, practicada á largos intérvalos podrá precaver la recidiva y mantener una curacion definitiva.

V°. B°.

Cleto Aguirre.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I. Anatomía—Oríjen y formacion del triesplánico.

II. Patología jeneral—Valor diagnóstico y pronóstico de la orina.

III. Materia médica y terapéutita—Accion fisiológica y efectos terapéuticos del mercurio.

IV. Patolojía esterna—Tratamiento de las estrecheces de la uretra.

V. Medicina legal—Modos de reconocer la muerte.

VI. Clínica médica—Diagnóstico diferencial entre la nefrítis parenquimatosa y nefrítis catarral.

VII. Oftalmolojía—¿En qué casos se debe practicar la iridectomía?

VIII. Obtetricia—¿Cuáles son las causas del aborto?