Año 1910 N.° 2238

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORROIDES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BARTOLOMÉ N. CALCAGNO

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública (Casa Central)
Ex-practicante interno, menor y mayor, del Hospital Cosme Argerich
Ex-practicante interno, menor y mayor, del Hospital Pirovano
Ex-cirujano agregado del Hospital Pirovano

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

HEMORROIDES

Año 1910 N.º 2238

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÊDICAS

HEMORROIDES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BARTOLOMÉ N. CALCAGNO

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública (Casa Central)
Ex-practicante interno, menor y mayor, del Hospital Cosme Argerich
Ex-practicante interno, menor y mayor, del Hospital Pirovano
Ex-cirujano agregado del Hospital Pirovano

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1910

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

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO
22. » » DIÓGENES DECOUD
23. » » BALDOMERO SOMMER
24. » » FRANCISCO A. SICARDI
25. » » DESIDERIO DAVEL

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» (vacante)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ
» J. T. BACA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica.....	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Hıgiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ (en ejerc.)
	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ (en ejerc.)
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÈ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	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 farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. RODOLFO ERAUZQUIN » LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MARTIN REIBEL

A MIS QUERIDOS PADRES

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Tengo el honor de presentar á la consideración de Vds., este modesto trabajo, incompleto debido á la premura de las circunstancias, pero en el que he puesto todo mi amor y mi entusiasmo por tratarse de cirugía, la rama más brillante é invasora de las ciencias médicas, debido al control que importa para el diagnóstico la observación directa de las lesiones, realizable en un gran número de casos y á lo radical de sus métodos terapéuticos, tendientes á la supresión de la causa genética del mal, así como á la atracción que ejerce la técnica operatoria sobre aquellos que cultivan las ciencias hermanándolas en su espíritu con las artes. No bastan en efecto la precisión de los conocimientos anatómicos, la exactitud en el diagnóstico, el dominio del instrumental y de la técnica quirúrgica para consagrar al cirujano, como no bastan en las artes la corrección

de las líneas y la observación de las reglas clásicas para llegar á producir la impresión estética de lo bello. El operador tiene un sello propio que lo caracteriza y le da personalidad: no es solo un hombre de ciencia, es también un artista.

Este trabajo, sin pretensiones, no tiene más objeto que llenar la última fórmula reglamentaria, pero al mismo tiempo me he propuesto condensar en él lo mucho que hay escrito aisladamente sobre un tema tan interesante por su importancia práctica, ilustrandolo con casos de mi cosecha personal y atreviéndome á emitir algunas ideas en lo referente á etiología y patogenia y á tratamiento, basadas en mi modesta práctica.

Al despedirme para siempre de estas aulas venerables, donde han transcurrido mis mejores años juveniles, séame permitido dejar constancia del profundo sentimiento de gratitud que me embarga hacia los que dentro y fuera de ellas han contribuido con su ejemplo y sus enseñanzas á formar mi criterio médico, los señores profesores de la Facultad de Medicina y mis amigos, maestros y compañeros, durante los años de internado hospitalario para quienes no tengo sino palabras de cariño, y hacia el Dr. Martin Reibel, que me hace el alto honor de acompañarme como padrino en este acto, el buen amigo y mejor cirujano que ha formado en su servicio del Hospital Rawson una escuela de amor por

los desgraciados que sufren sin más amparo que la caridad pública, y de cirugía fina, consiguiendo la realización práctica del difícil consorcio á que me refería en párrafcs anteriores: el de la ciencia con el arte.

CAPITULO I

ANATOMIA NORMAL

Bajo la denominación de ano se comprende: al orificio cuyo rol es dar salida á la materia fecal, á los dos ó tres últimos centímetros del recto que están envueltos por el esfínter interno y á la piel circunvecina, en una extensión de dos centímetros conocida por *margen del ano*, que después de continuarse insensiblemente con la mucosa da lugar á la formación de los *pliegues irradiados*. Su límite superior ó *línea anorectal* ha sido colocado por Testut al nivel del borde libre, irregular y sinuoso, de las válvulas semilunares. Creemos que la línea de Herrmann, que quita al recto aproximadamente un centímetro más que la anterior, es bajo el punto de vista quirúrgico más exacta y conveniente.

Vale decir entonces que el ano *es un canal* de corta extensión revestido en parte de mucosa y en

su porción terminal de piel y provisto de fibras musculares.

Visto exteriormente presenta el aspecto de un orificio estrechado al estado normal, salvo el momento de la defecación en que está dilatado y circular, rodeado por pliegues irradiados de piel fina, húmeda, coloreada y provista de pelos hacia la periferia sobre todo en el hombre, situado en el fondo de un infundíbulo más pronunciado en éste y que se acentúa en los pederastras al mismo tiempo que los pliegues tienden á borrarse y ocupando en el periné posterior una situación más anterior en la mujer que en el hombre; en aquélla responde á la línea bi-isquiática, en éste se sitúa por detrás de la misma. La piel de la margen del ano está provista de folículos pilosos y glándulas sudorales y sebáceas y reposa sobre una capa de tejido célulo adiposo que se continúa en las partes circunvecinas y está en conexión con el tejido de igual naturaleza que llena las fosas isquio-rectales.

La porción esfinteriana ó anal del recto está recubierta por una mucosa exhuberante, con caracteres que la asemejan en parte á la piel, de donde el nombre de *zona intermediaria*, que forma nidos comparables á las válvulas sigmoideas, *válvulas semilunares* y repliegues verticales interpuestos, conocidos por *columnas del recto* ó *columnas de Morgagni*.

Sus relaciones anatómicas de mayor importancia son las que presenta con los esfínteres interno y externo y con las fosas isquio-rectales, el elevador del ano y la aponeurosis perineal superior hacia ambos lados. Entre la parte anterior del ano y la uretra ó la vagina, según el sexo, existe un espacio triangular á base inferior: es el triángulo recto uretral ó recto vaginal. En él se encuentran entrecruzando sus fibras musculares, el esfínter externo, los transversos del periné y el bulbo cavernoso ó el constrictor de la vagina, alojándose también en el hombre el bulbo con las glándulas de Cooper ó de Mery.

La *zona muscular* constituye la parte más importante, el esqueleto del ano, teniendo por objeto evitar la incontinencia de materias fecales y gases, que sobreviene en caso de lesión suficiente ó parálisis de aquélla. Intervienen en su composición:

1.º Las fibras lisas circulares de la última porción del recto, que condensándose forman el *esfínter interno* de medio centímetro de espesor y cuatro á cinco de altura, entrecruzadas con algunas fibras longitudinales que van á fijarse en torno del orificio anal sobre el dermis. En alto el esfínter se continúa sin demarcación con las fibras circulares del recto, pero en el individuo vivo y sensible el dedo explorador comprueba netamente un borde superior del mismo, franqueado el cual ya no hay resis-

tencia. El borde inferior responde á la piel de la margen un poco por debajo de su unión con la mucosa anal.

2.º El *esfínter externo* orbicular y á fibras estriadas y concéntricas que se insertan atrás sobre el rafe extendido del coxis al orificio anal y que hacia adelante terminan en parte sobre la piel y sobre el rafe ano vulvar, continuándose otras en 8 con el bulbo cavernoso en el hombre y con el constrictor de la vagina en la mujer, razón por la cual es sinérgica la acción de estos músculos. Mide un centímetro de espesor por dos de altura y rodea la parte inferior del esfínter interno desbordándolo hacia abajo en una extensión de medio centímetro para ponerse entonces en relación directa con la piel de la márgen del ano y

3.º Las fibras internas é inferiores del músculo *elevador del ano* que vienen á terminarse en gran parte sobre la piel con las fibras longitudinales del recto dando lugar á la formación de los pliegues irradiados y que se han designado bajo los nombres de *levator ani propius* las anteriores y de *retractor ani* las posteriores, extendidas estas últimas en dos haces desde el sacro y el coxis á la piel de la margen del ano y al esfínter interno. El elevador del ano, tendido como un diafragma pelviano y reforzado por la aponeurosis perineal profunda que recubre su cara superior, separa el hueco isquio-rectal ó es-

pacio pelvi-rectal inferior del espacio pelvi-rectal superior que es sub-peritoneal.

Los vasos linfáticos que nacen de la piel terminan en los ganglios inguinales internos, mientras que los originarios de la mucosa van conjuntamente con los rectales á los ganglios pelvianos.

Los filetes nerviosos-motrices y sensitivos, muy abudantes, provienen para la piel y el esfínter externo del nervio hemorroidal ó anal, para el esfínter interno y la mucosa del plexo hipogástrico.

Las arterias nacen en su mayor parte de las *hemorroidales inferiores*, que emanadas de las pudendas internas atraviesan el hueco isquio-rectal para distribuirse en la porción anal del recto, anastomosándose con la terminación de la sacra media y con las otras hemorroidarias; *hemorroidales superiores*, las más considerables, ramas terminales de la mesentérica inferior y *hemorroidales medias*, que parten directamente de la hipogástrica. Todas ellas son poco voluminosas y no deben preocupar al cirujano.

Las venas se originan en el rico *plexo hemorroidario* que ocupa la capa de tejido celular en toda la extensión del recto y especialmente en su porción anal, presentando al nivel de las válvulas semilunares, dilataciones en forma de ampolla, consideradas como normales por Duret, pero cuya verdadera significación ha sido aclarada por Quénu. Del plexo

submucoso, en este punto, se destacan diez ó doce ramas que ascienden bajo la mucosa rectal en las calumnas de Morgagni, perforan la musculosa y se continúan con las dos venas *hemorroidales superiores*, las cuales constituyen á su vez el origen de la mesenterica inferior y vierten su contenido por intermedio de ésta en la vena porta. Las *hemorroidales medias*, menos importantes, nacen especialmente de las partes peri-rectales para terminar en la hipogástrica, ó lo que es más frecuente, en los plexos venosos de las vesículas seminales de la próstata ó de la vagina. Duret ha dividido las *hemorroidarias inferiores* en sub esfinterianas que se continúan con las venas coxígeas, del escroto, de la vulva y del muslo y periesfinterianas, que atravesando el hueco isquio-rectal terminan por intermedio de las pudendas internas en la cava inferior. Las venas hemorroidarias correspondientes al sistema de la cava se diferencian de las que están en conexión más directa con la porta, constituyendo sus ramas de origen, porque aquéllas son valvulares mientras que éstas carecen de válvulas. Todas están ampliamente anastomosadas: las superiores entre sí y con las medias, con los plexos venosos laterales de la próstata en el hombre y con los vaginales en la mujer, y ambos sistemas con las hemorroídales inferiores por ramúsculas periesfinterianas y la red perianal. Estas anastomosis supra, infra, trans y peries-

finterianas aseguran la comunicación fácil y amplia de las venas del recto con las anales, es decir de la circulación porta con la cava inferior.

CAPITULO II

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las hemorroides son várices de las venas hemorroidarias. Las antiguas teorías de Recamier y Larroque, que las consideraban como quistes sanguíneos del tejido celular y de Allingham, que distinguía tres variedades de hemorroides: venosas, capilares y arteriales; según su origen, han sido destruidas por los estudios anatómicos posteriores y especialmente por las observaciones de Quénu, quien ha hecho notar que si no todas las hemorroides se ingurgitan cuando se inyecta el sistema de la porta, es porque las trombosis, que son tan frecuentes, pueden haberlas aislado parcialmente de la circulación.

Estas lesiones venosas son periféricas, ramusculares. Las lesiones de los troncos pueden existir, pero son secundarias. Como hemos hecho notar en

el capítulo anterior existen normalmente, salvo en el niño, dilataciones ampulares de las venas hemorroidarias, verdaderas hemorroides en miniatura como lo ha demostrado Quénu, al nivel de los válvulas semilunares. Cuando estas flebectasias se extienden á las venas hemorroidarias, que parten de ese punto, las hemorroides están constituidas y se las distingue en *externas* é *internas* según que interesen á las venas hemorroidales inferiores, subyacentes al esfínter ó al origen de las mismas y á las hemorroidales superiores. Las hemorroides internas tienen tendencia á pediculizarse y á volverse procidentes debido á la laxitud de la mucosa que las recubre. Las externas son en general laterales y pueden estar recubiertas de mucosa ó de piel ó ser cutáneo-mucosas. Unas y otras, hemorroides internas y externas, están casi siempre asociadas.

Las lesiones histológicas son iguales á las que presenta toda vena, cualquiera que sea su situación é importancia, cuando se torna varicosa. Ante todo el vaso se *ensancha* y se *alarga* volviéndose flexuoso al par que las paredes vasculares sufren alteraciones variables según el grado á que haya alcanzado el proceso patológico.

En un principio la vena se distiende conservando sus paredes un espesor proporcional al calibre alcanzado, gracias á la hipertrofia de las fibras musculares y á la hiperplasia conjuntiva iniciada por la

parte interna de la túnica media. Las otras capas quedan normales.

Poco á poco el tejido conjuntivo invade todo el espesor de la túnica media á expensas de los elementos musculares que se atrofian, *hay fleboesclerosis* y las paredes que han perdido su elasticidad y su contractura, se adelgazan al mismo tiempo que ceden al empuje de la presión sanguínea en puntos limitados ó sobre toda la circunferencia del vaso. De allí nacen dilataciones multiformes: ampulares interesando solo una parte de la pared venosa, ampulares circunferenciales, fusiformes y cilindroideas. Al mismo tiempo suelen establecerse comunicaciones anormales de los vasos que dan al tumor un aspecto cavernoso. En un grado más avanzado pueden verse incrustaciones calcáreas que se designan bajo el nombre de flebolitos.

Los tejidos circunvecinos no quedan indiferentes ante este proceso. Bajo la influencia de flebitis y periflebitis repetidas, el tejido conjuntivo ambiente sufre un trabajo de esclerosis análogo al que ha experimentado previamente la pared venosa, confundiéndose íntimamente ésta con aquél. La mucosa de revestimiento también se modifica; los vasos, capilares y vénulas, se dilatan al mismo tiempo que sus paredes aumentan de espesor, la mucosa sufre una transformación cavernosa y hay infiltración de leucocitos y de células embrionarias, proceso de

marcha crónica que termina por la esclerosis difusa, desapareciendo toda delimitación precisa entre la mucosa y las capas subyacentes. Las glándulas están habitualmente intactas siendo las lesiones periglandulares, salvo el caso de que existan ulceraciones. Las fibras musculares se atrofian habitualmente. Los nervios presentan lesiones de perineuritis.

Por otra parte los mismos episodios flegmásicos suelen provocar la formación de trombcflebitis que terminan por la resolución, por la supuración, por la necrosis ó por la organización desapareciendo la luz del vaso, proceso espontáneo de curación, y quedando reducido el tumor hemorroidario á un pequeño nódulo fibroso.

Estas lesiones múltiples, que pueden observarse sobre un mismo vaso siguiendo la evolución del proceso, se combinan en grado diverso interesando un número más ó menos considerable de venas. En los casos simples solo se observan dos ó tres paquetes venosos con lesiones visibles en todo el contorno del ano, pero á veces es tal el número de vasos lesionados que se forman verdaderos *tumores hemorroidarios* circulares. Entre estos grados extremos del proceso flebectásico podemos encontrar todos los intermediarios.

CAPITULO III

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Enfermedad de suma frecuencia, mayor que la ya muy notable que acusan las estadísticas si se tiene en cuenta que un gran número de personas soporta las molestias ocasionadas por ellas sin recurrir á los facultativos, ya por pudor ó bien porque dichas molestias sean poco acentuadas. Allinghan ha llegado á asegurar que es raro no sufrirlas en algún grado antes de llegar á la edad media de la vida y calcula, basándose en una estadística numerosa, que la cuarta parte de los enfermos del ano y del recto son hemorroidarios.

Es rara en el niño, si bien diversos observadores han publicado casos de los primeros años de la vida á partir del nacimiento. Basta recordar los de Ball, Ogston, Lannelongue, etc., citados por Quénu y Hartmann y los que han comprobado estos mismos

autores. Debe evitarse cuidadosamente entonces la confusión con los angiomas. Pero lo común es que las hemorroides aparezcan en los adolescentes, alcanzando su mayor frecuencia entre treinta y cuarenta años según la inmensa mayoría de los autores. Mi observación personal, todavía escasa es cierto, está en contraposición con este dato de los textos; es antes de los 30 años que he observado en mayor número las várices de las hemorroidarias ó por lo menos los accidentes que ellas provocan, atenuándose su frecuencia y las molestias que determinan á medida que el paciente avanza en edad, tal vez porque la vida es entonces más metódica y porque las flebitis reiteradas causen en muchos casos la curación espontánea por esclerosis, que hemos descripto al hablar de la Anatomía Patológica.

El sexo no parece tener una influencia evidente, pues si bien los cirujanos acusan en sus estadísticas una gran mayoría de hombres, los ginecólogos y parteros nos dicen en cambio que las hemorroides son muy comunes en la mujer, explicándose fácilmente que las oculten por pudor y porque su género de vida les permite soportarlas en un gran número de casos. Las opiniones están pues muy divididas y mientras unos, como Ball, las creen más frecuentes en los hombres, otros con Potherat y Grisolle, sostienen lo contrario. Budin las ha observado en

un tercio de las mujeres embarazadas. Para Quénu y Hartmann, cuya opinión compartimos, la proporción de hemorroidarios sería aproximadamente la misma en ambos sexos.

La constipacion habitual es un antecedente casi constante y de gran importancia. Obra determinando alteraciones en la circulación venosa y erosiones en la mucosa anal, que representan otras tantas puertas abiertas á la infección, factor considerable á partir de los estudios emprendidos por Quénu para aclarar la patogenía de las hemorroides.

Se han registrado otros factores etiológicos de menor importancia. *La herencia* merece tenerse en cuenta; para Chaput ellas serían debidas á debilidad constitucional del sistema venoso hemorroidario, como las várices de los miembros inferiores, como el varicocele; de la misma manera que el riñón móvil la enteroptosis y el prolapso uterino, dice el autor citado, son consecutivos á la debilidad del periné y de las paredes abdominales. Lancereaux atribuye una importancia primordial al sistema nervioso y considera á las hemorroides como simples trastornos tróficos. Los excesos de alimentación obrarían por plétora abdominal determinando hipertensión, circunstancia fundamental para los que sostienen en patogenía la teoría mecánica. Por otra parte, aún sin excesos, ciertos alimentos serían capaces de engendrar flebitis tóxicas, pero es difícil

explicar su localización. Creemos que podría invocarse para esto el contacto más prolongado por la permanencia de los resíduos alimenticios en la ampolla rectal y las condiciones mecánicas é higiénicas, que hacen de las hemorroidarias un locus minore resistenciæ. La falta de higiene, las irritaciones anales, el abuso de purgantes y la diarrea favorecen las infecciones y como consecuencia las flebitis. Los excesos venéreos, la vida sedentaria, ciertas profesiones que obligan á permanecer de pié ó sentado largo tiempo obrarían por ectasia venosa. Al contrario la equitación, que antes se consideraba como causa de hemorroides, tiene según Larrey y Bordenhamer una acción preservatriz.

Estas causas, dignas de consideración en la etiología de las hemorroides idiopáticas, no tienen importancia para las sintomáticas de tumores pelvianos y de afecciones inflamatorias y neoplásicas anales, del intestino y de los órganos génito-urinarios, que determinan trastornos circulatorios locales por espasmo, vascularización ó compresión. La influencia de las afecciones hepáticas es muy discutida. Más dudosa es todavía la acción de las lesiones renales y del bazo. Es evidentes en cambio que las afecciones cardíacas y pulmonares al determinar ectasia del sistema venoso por alteraciones de la circulación general, darán lugar á la formación de hemorroides sintomáticas, Quénu supone que á su

vez las várices anales pueden influir sobre los órganos pelvianos, propagándose á los plexos venosos vecinos con los cuales están en conexión y que pueden ser así el punto de partida de una esclerosis vésico-prostática ó de una inflamación útero-anexial crónica.

La patogenia de las hemorroides se discute todavía. Teorías diversas han tratado de explicarla pero ninguna es aplicable á la totalidad de los casos y todas son pasibles de objeciones. Nos contentaremos con pasar en revista las más importantes, tratando luego de pedir á cada una aquello que la práctica y los estudios posteriores han consagrado como verdadero para reunir estos datos disociados y poder explicar así un número mayor de casos; pues es evidente que con el exclusivismo de una teoría única, desdeñando las otras en absoluto, no llegaremos nunca á conseguirlo.

Dejando de lado las concepciones empíricas de los antiguos encontramos recién á fines del siglo XVII la primer teoría aceptable: es la *congestiva ó fluxionaria* de Stahl, que hizo su época. Supone este autor que las hemorroides dependen de fluxiones provocadas por causas diversas: excesos de alimentación y de coito, abuso de bebidas, supresión de reglas, estados diatésicos, etc., y que estas fluxiones pueden interesar órganos distintos de donde la

alternancia de las hemorroides con la gota, el asma, etc., y su influencia saludable. Más recientemente el gran clínico francés Trousseau consideraba á las crisis hemorroidarias como un ataque de gota larvada. Sabemos ahora que esto és inexacto, pues las investigaciones bacteriológicas y anátomo patológicas han demostrado que se trata de flebitis infecciosas provocadas habitualmente por el bacterio coli, más rara vez por el estrepto ó el estafilococo piógenes, albus y aureus. Por otra parte si bien es cierto que los fenómenos congestivos juegan un gran rol en la historia de las hemorroides nada nos prueba que ellos sean causa y no efecto. La teoría tiene el gran inconveniente de no explicar nada, pues no ilumina sobre la causa y el modo de acción ni sobre la localización especial de estas fluxiones. Que se trata de una afección en la cual el elemento congestivo juega un gran rol es evidente, pero esta constatación no basta para aclarar la patogenia.

La *teoría mecánica* ha sido sostenida por Gosselin, Petit, Verneuil, Duret, Fontan, etc. Supone que la flebectasia es debida á la hipertensión, reconociendo como causa de ésta, condiciones particulares de la circulación ano-rectal á saber: 1.° la acción de la gravedad; 2.° la ausencia de válvulas en las venas hemorroidarias provenientes del sistema porta; 3.° el pasaje de estas venas á través de la túnica muscular del recto, que les forma otros tantos ojales

contráctiles capaces de dificultar la circulación. Nannotti (contribución al estudio de la patogenía de las hemorroides Clínica de Pisa—1892)—dice haber observado que en los hemorroidarios, aun en los incipientes, las fibras musculares del intestino, circulares y longitudinales, están anormalmente desarrolladas y considera que pueden ser causa de hemorroides cuando entran en contracción tónica. Y 4.° la acción del bolo fecal, que en su descenso rechaza la sangre hacia el ano en las hemorroidales superiores. Duret agregó otro argumento, que fué considerado como uno de los más importantes en apoyo de la teoría mecánica, é invocado para explicar los efectos de la dilatación forzada cuando se pretendió erigirla en método de tratamiento: la independencia de las circulaciones anal y rectal, porta y cava, que solo estarían en conexión por anastómosis transesfinterianas; el esfuerzo de la defecación determina hipertensión en las ramas hemorroidarias de la porta, pero relajado el esfínter las ramas anastomóticas establecen la derivación hacia el sistema de la cava. Si estas ramas se obliteran por contractura del esfínter, lo que ocurre cuando hay constipación, la tensión aumenta en las hemorroidarias y aparece la fleblectasia. Esta teoría, que solo explica las hemorroides internas, cae por su base pues los estudios anatómicos nos han mostrado comunicaciones tan amplias que, aun admitiendo

la acción de las fibras musculares sobre las transesfinterianas, bastan y sobran las restantes para establecer la derivación. Las otras condiciones invocadas en favor de la teoría mecánica se encuentran tambien todo á lo largo del aparato gastro-intestinal.

Para los que sostienen la *teoria inflamatoria ó de la alteración previa de la pared vascular* la flebo-esclerosis primitiva daría lugar á la flebectasia, debilitando la resistencia de la pared vascular por atrofia y desaparición de las fibras elásticas y musculares. Quénu, campeón de esta teoria, sostiene que en la generalidad de los casos la alteración previa es debida á una flebitis de orígen infeccioso, provocada como ya lo hemos dicho por el bacterium coli y por los piógenos vulgares, lo que comprueba mediante sus estudios anátomos-patológicos y bacteriológicos. Estas infecciones serían frecuentes por las condiciones propias de la región y más especialmente en la constipación, cuya influencia hemos explicado. Las causas mecánicas ocuparían un lugar secundario. Delbet cita en su apoyo un caso en que pudo observar la aparición y el desarrollo de hemorroides junto á una lesión anal, que intervino como puerta de entrada para la infección. El mismo proceso de ectasia venosa ha sido notado por Schwartz en torno de un absceso del ano. Sin flebo-esclerosis previa no habría nunca flebec-

tasia, salvo en las hemorroides sintomáticas para las cuales las causas mecánicas juegan un rol preponderante. Para Lobstein y otros observadores, que han creado el concepto de la «*enfermedad hemorroidaria*», existiría realmente esta flebo-esclerosis previa, pero comparable según ellos á la arterio esclerosis y teniendo por orígen un estado discrásico, ligado á la gota y al artritismo y que se alterna con estos en sus manifestaciones como lo creían Stahl y Trousseau. Por consiguiente las várices venosas, dependientes de un estado discrásico, serían habitualmente múltiples. La gran objeción que se ha hecho á la teoría de Quénu es que siendo las várices de los miembros inferiores y el varicocele procesos absolutamente idénticos al hemorroidario desde el punto de vista anátomo patológico, no puede invocarse para ellos la infección como causa. Lo más probable es que las infecciones sean secundarias, puesto que ellas existen, y la patogenía de las crisis hemorroidarias sería la única beneficiada por estas comprobaciones bacteriológicas.

Más recientemente diversos autores, con Lancereaux cuya opinión hemos citado ya, *han dado una importancia preponderante al sistema nervioso*, considerando á las hemorroides como resultado de alteraciones tróficas y de reflejos vaso-dilatadores. Baste citar los nombres de Velpeau, que asimila el flujo sanguíneo hemorroidal al menstrual por el

mecanismo de producción, considerando que ambos resultan de procesos congestivos dependientes del aparato vaso motor; de Duret, que considera al reflejo vaso dilatador como una causa de congestión venosa; de Ozenne, que emite ideas análogas á las de Lancereaux, y de Leonardi para quien un estado neuropatológico podría ser invocado entre las causas de várices. Rienzi supone que las hemorroides muy frecuentes en los enfermos de pelagra pueden ser explicadas en estos por parálisis tóxica de los centros vaso motores, causa de hiperemia neuro paralítica que á su vez engendraría una flebitis crónica.

Todas estas teorías cuentan con argumentos y partidarios de importancia y es imposible ahora optar decididamente por una de ellas. Sin embargo, si generalizando reunimos en un mismo grupo las várices de la safena, el varicocele y las hemorroides, que desde el punto de vista anátomopatológico son procesos absolutamente idénticos, notaremos ante todo que estas lesiones interesan siempre á las venas situadas en la mitad inferior del cuerpo, cuya columna sanguínea debe luchar contra la acción de la gravedad con la vis á tergo como arma única y poniendo á prueba de una manera constante la resistencia de las paredes vasculares y de las válvulas venosas, detalle anatómico favorable en la lucha que falta en las hemorroidarias superiores.

Es también de observación corriente que las distensiones venosas se observan de preferencia cuando bajo la influencia de causas diversas, la tensión sanguínea aumenta en la circulación de retorno, lo que explica el efecto de la marcha sobre las várices de los miembros inferiores y de la constipación sobre las hemorroides. Es lógico, pues, encontrar aquí un fundamento sólido para la teoría mecánica. Por otra parte el estudio del proceso anátomopatológico demuestra que al iniciarse éste la pared elástica y contráctil del vaso, sometida á una presión mayor que la normal, tiende á amoldarse y á resistir por hipertrofia de las fibras musculares, del mismo modo que se hipertrofia el ventrículo izquierdo cuando por insuficiencia de las válvulas aórticas debe soportar una columna sanguínea mayor que la normal. Pero prolongándose la lucha llega un momento en que la compensación se rompe y el órgano, ventrículo ó pared venosa, degenera, el tejido de esclerosis se insinúa traidoramente entre los elementos nobles, los envuelve y los disocia, disminuye su vitalidad dificultando el intercambio nutritivo y concluye por provocar su atrofia. La pared elástica y contráctil queda reemplazada entonces por un tejido de esclerosis, que se distiende gradualmente bajo la influencia del empuje circulatorio, como ocurre para el corazón ó las arterias en circunstancias análogas y las várices aparecen. Llegadas las cosas

á este punto, el proceso de esclerosis progresa más francamente, pues el elemento muscular que es la defensa está en derrota, y la fleboesclerosis total, consecuencia inevitable, sobreviene en breve.

Vemos pues, que plegándonos á una teoría ecléctica podemos explicar mejor los hechos. Las causas mecánicas, tal vez favorecidas por una estructura imperfecta de las paredes venosas en individuos predispuestos, serían las primeras puestas en juego, pero no determinarían la flebectasia sino mediante alteración previa de la pared vascular. Sin fleboesclerosis y sin atrofia del elemento contráctil, es difícil concebir la distensión de los vasos, salvo cuando las causas mecánicas son llevadas al extremo. Basta pensar un momento que las «hemorroides en miniatura», observadas por Quénu y Duret, existen en todos los individuos adultos, sin ser congénitas, para comprender que dependen de una causa común á la cual todos estamos sometidos. No negamos que el sistema nervioso pueda intervenir en su producción, ó que flebitis toxi-infecciosas debilitando las paredes vasculares sean capaces de provocarlas, pero estas causas explicarían solo un cierto número de casos. Para la generalidad es más fácil admitir el proceso de formación tal como acabamos de describirlo. En cambio cuando las hemorroides ya están formadas, las congestiones, las alteraciones tróficas de la mucosa que las reviste y las infec-

ciones locales que estas alteraciones favorecen, contribuirían á explicar los accidentes hemorroidarios habituales, agregando nuevas lesiones y agravando las preexistentes.

Naturalmente, estas consideraciones y discusiones se refieren sobre todo á las hemorroides *idiopáticas,* pues para las sintomáticas las causas mecánicas adquieren una importancia predominante.

CAPITULO IV

SINTOMATOLOGÍA

Dolor y *hemorragia*, tales son los dos grandes síntomas que revelan habitualmente la presencia de las hemorroides; acompañados por una pléyade de accidentes menos importantes, no solo porque causan menos molestias al paciente sino también por su escaso valor diagnóstico.

El dolor netamente acusado se observa, fuera de las crisis hemorroidarias que describiremos á continuación, mucho tiempo después de estar constituidas las flebectasias. Al principio hay solo una sensación especial de pesadez y de tensión incómoda en la región anal, frecuentemente acompañada de prurito. Estos fenómenos subjetivos se acusan sobre todo en el momento de la defecación y cuando el paciente está constipado, acompañándose algunas veces de malestar general, pesadez de cabeza, cefa-

laigia, zumbidos de oídos, vértigos, etc., producidos por la constipación.

Hay personas que soportan durante toda su vida las hemorroides sin mayores sufrimientos, bastando simples cuidados de higiene y la evacuación regular del intestino para hacerles llevadera la dolencia, pero en otras estos fenómenos tienden á acentuarse, adquiriendo á veces gran intensidad. Los dolores, provocados por el movimiento y la defecación, irradian hacia el sacro, la región lumbar y frecuentemente á los órganos génito-urinarios y el enfermo, acobardado por el temor de su aparición, retarda voluntariamente el momento de las deposiciones, lo que trae como consecuencia la ingurgitación venosa exacerbándose estos padecimientos.

Las hemorragias son tan frecuentes que á ellas debe su nombre la enfermedad. En efecto, la palabra hemorroides, derivada del griego, indica la hemorragia. Es por eso que diversos autores como Aristóteles, Celcius, Cœlius Aurelianus, Avicene, etc., han descripto hemorroides del útero, de la vejiga, de la nariz y la boca. Más tarde el término hemorroides fué usado para designar tan solo las pérdidas sanguíneas por el ano, englobándose así bajo una denominacion común enfermedades de naturaleza muy variable. Era un síntoma y no una enfermedad. Hemos indidado ya, al iniciar el capítulo que trata de la anatomía patológica, cual es la acepción que se da hoy á esta palabra

Las hemorragias suelen constituir el signo revelador y á veces único de la lesión vascular, sobre todo cuando las hemorroides son internas y no procidentes. Sobrevienen en el momento de las deposiciones ó en otras circunstancias, y pueden ser debidas á erosiones y ulceraciones de la mucosa anal, frecuentemente alterada, ó á ruptura de las ampollas varicosas. Su importancia es variable, pudiendo alcanzar desde algunas estrías insignificantes que tiñen las materias fecales á dosis tales y tan repetidas que ocasionan signos de anemia aguda y determinan un debilitamiento más ó menos acusado del paciente. Quénu, Lejars, Franck y otros autores han publicado casos de hemorragias graves determinando tal debilitamiento y pérdida de peso, como para simular la caquexia cancerosa. Se conocen algunos ejemplos de hemorragias mortales. En el servicio de Cirugía del Hospital Pirovano hemos podido observar, en un caso de gruesas hemorroides internas procidentes, hemorragias relativamente abundantes en el momento de la defecación y tan repetidas, que habían debilitado al paciente determinando una anemia acentuada. Observaciones análogas se registran con frecuencia.

Las hemorragias en finos chorros «tigrant la vase» según la expresión pintoresca de Richet, son características y se explican por la hipertensión venosa, debida á la contracción de los músculos

abdominales durante las defecaciones y por la transformación cavernosa de la mucosa anal.

Las hemorroides internas tienden á la *procidencia*, lo que se explica teniendo en cuenta la laxitud de la mucosa anal. En un principio esto ocurre solamente bajo la influencia de esfuerzos reiterados; pero con el transcurso del tiempo el esfínter anal pierde parte de su tonicidad, al mismo tiempo que la mucosa cede ya más fácilmente y las cosas pueden llegar á un grado tal que esfuerzos mínimos y aun la marcha determinen la procidencia, condenando el enfermo á la inacción.

Las crisis hemorroidarias constituyen una complicación temible. Responden á la flebitis de las venas hemorroidarias y son debidas á infecciones, casi siempre colibacilares, favorecidas por las erosiones y fisuras de la mucosa anal que obran como puerta de entrada. Las investigaciones bacteriológicas de Hartmann, Lieffring y Quénu lo han comprobado. Su duración habitual es de tres ó cuatro días á un septenario, rara vez más, y casi siempre están precedidas y acompañadas por una constipación tenaz. En estos casos los tumores hemorroidarios se ingurgitan, toman un tinte rojo violáceo, están tensos y provocan á veces tales dolores que el enfermo adopta las más extravagantes actitudes, tendientes todas á conseguir el mínimum de presión sobre las partes enfermas. Estos dolores

aumentan con los movimientos, con los esfuerzos, con la tos y la defecación y se acompañan de latidos, pujos y tenesmo. A menudo hay reacción general malestar y elevación de temperatura. Las crisis pueden terminarse simplemente por resolución; pero la ruptura con hemorragia consecutiva, el esfacelo de la mucosa y la formación de un absceso flebítico son también consecuencias posibles.

Cuando las hemorroides son internas y han hecho procidencia en el momento de la crisis sobreviene la *estrangulación*: el esfínter entra en contractura comprimiendo al pedículo del tumor, con lo que aumenta su volumen dificultándose la circulación de retorno y se forma un verdadero círculo vicioso, las hemorroides procidentes excitando la contractura del esfínter y ésta exagerando las lesiones preexistentes, que termina en muchos casos, cuando no se interviene á tiempo, por la necrosis del paquete venoso, y de la mucosa que lo recubre. Pueden aparecer entonces accidentes infecciosos graves. El estrangulamiento se acompaña frecuentemente de retención de orinas y reacción general.

Los abscesos flebíticos, las *fístulas* y las *fisuras* de origen hemorroidario agregan nuevas molestias. Otra complicación frecuente sobre todo en los viejos, es la *rectitis*, que se traduce por dolores vagos pero constantes y falsas necesidades, cólicos hemorroidarios, y por la expulsión de pus y de mucosi-

dades sanguinolentas que recubren al bolo fecal. Son las hemorroides blancas de Richet.

Al examen del ano encontramos en caso de hemorroides externas pequeños tumores, que aparecen como pliegues gruesos, blandos, azulados, más coloreados bajo la influencia de los esfuerzos, reductibles fuera de las crisis hemorroidarias, y recubiertos de piel ó de mucosa, ó lo que es más frecuente, de mucosa en su cara interna y de piel en la externa. Cuando tienden á la evolución fibrosa suelen presentar el aspecto de condilomas, pues adquieren mayor consistencia y están recubiertas por tegumentos espesados, rugosos y poco coloreados.

Las hemorroides internas sólo son visibles previa dilatación mediante un espéculo ó bien sin ésta en caso de procidencia, presentándose entonces con el aspecto de un tumor vascular, rojo ó rojo violáceo, blando, pediculado, reductible ó no, que ocupa el orificio anal y aumenta de volumen en caso de estrangulación, al mismo tiempo que la mucosa de revestimiento se altera y se cubre de mucosidades.

Previa dilatación por el espéculo las hemorroides internas pueden aparecer como tumores en general pediculados, mientras que las externas tienden á ser sesiles, aislados y escasos ó múltiples y reunidos de modo á formar un rodete hemorroidario: pero en algunos casos la dilatación del ano no muestra más que una mucosa vascularizada y que sangra

con gran facilidad. Quénu explica esta lesión, que los autores ingleses designan bajo el nombre de nœvoide, por una transformación cavernosa de la mucosa anal.

El tacto rectal es negativo, salvo en el momento de las crisis hemorroidarias; pero esta misma pobreza de datos suministrados por el dedo explorador es favorable para el diagnóstico de hemorroides cuando otros signos, epecialmente las hemorragias y el dolor, nos hacen presumir su existencia.

CAPITULO V

DIAGNÓSTICO

Un buen examen es la condición prévia de todo diagnóstico bueno. Si bien es cierto que el de las hemorroides es sumamente fácil, tanto que puede ser establecido en muchos casos por la simple anamnesis, no es menos cierto que ha dado lugar á errores groseros de diagnóstico, reconocidos casi siempre en el momento de la intervención que obliga á ver bien, y que se explican por la omisión de esta condición previa. Es así como en hemorroides sintomáticas de un cáncer rectal ha podido quedar ignorado el origen real de las lesiones, permitiendo que el neoplasma, al invadir las partes vecinas, detenga el bisturi del cirujano. Vamos pues á indicar en breves líneas como debe hacerse el examen del ano y del recto cuando se sospecha la existencia de hemorroides.

Para la *inspección* del ano podemos colocar al paciente en decúbito lateral, posición de la talla perineal y posición genupectoral. Todas son buenas y permiten una exploración minuciosa, de modo que el médico optará por una ú otra según las circunstancias particulares en que se encuentre. Por nuestra parte preferimos, porque es más cómoda y da más campo, la posición genupectoral, que distiende el periné, disminuye la profundidad del infundíbulo en cuyo fondo se encuentra el orificio anal, tiende los tegumentos disminuyendo sus pliegues y deja libres las manos al médico explorador para palpar directamente la región ó utilizar instrumentos en el examen. El decúbito lateral conviene para las mujeres y ha sido aconsejado por Guyon en los enfermos que sufren, haciéndolos acostar sobre el lado doloroso, con el miembro inferior que reposa sobre el lecho extendido y el otro flexionado.

Para inspeccionar directamente una parte del ano en las mujeres puede practicarse la *eversión*, recomendada por Tarnier, que consiste en introducir un dedo en la vagina y sacarlo por el ano rechazando la pared anterior de este. Es una maniobra muy dolorosa. Chassaignac ha tratado de obtener una eversión más amplia introduciendo en el recto un pequeño balón de caucho, que se distiende después de colocado y que por tracción atrae al

exterior la mucosa anal. Solo se obtiene resultado con este procedimiento cuando la mucosa tiende al prolapso.

Manejados con suavidad los espéculos nos permiten explorar no solo el ano sinó también al recto en toda su extensión, si se coloca al enfermo en decúbito dorsal con la pelvis levantada é iluminando bien la región, de preferencia con un reflector frontal. La pequeña valva de Sims presta muy buenos servicios. Pueden usarse espéculos tubulares, como el de Fergusson, cónicos con luz lateral y terminal ó á valvas movibles como el de Trelat, bivalvo y el de Nicaise, provisto de tres valvas. Utilizando estos instrumentos pueden observarse directamente hemorroides internas que, si no hacen procidencia durante la defecación ó el esfuerzo, no se revelan por otros medios de exploración.

La rectoscopia es poco usada y tiene más interés para explorar las partes rectales que no son accesibles al tacto. El paciente se coloca en la posición genupectoral ó en decúbito lateral y se introducen los rectoscopios, de Herztein, Fedoroff, etc. Tubos que miden desde 10 cms. de extensión hasta más de treinta, con su extremidad terminal tallada en bisel y provistos en la otra extremidad de prismas destinados á reflejar la luz en su interior, vigilando la introducción de modo que se vea siempre

la luz intestinal á medida que el instrumento avanza. En esta forma pueden ser llevados hasta la S. ilíaca.

Para el *tacto rectal*, que debe practicarse siempre en estos casos, conviene empezar por un lavaje del recto, doblemente ventajoso: para evitar errores de diagnóstico y por higiene. La posición más conveniente es el decúbito dorsal, con la pelvis levantada y los miembros inferiores moderadamente entreabiertos y semiflexionados. Sin embargo algunos cirujanos colocan al enfermo en decúbito lateral y Curling lo hace parar sobre el pie izquierdo, mientras el derecho reposa en una silla. El dedo explorador se recubre con un guante de caucho que disminuye muy poco la sensibilidad tactil y evita su contaminación por la materia fecal. Separados los pelos de la región con el pulgar y el índice de la mano izquierda y relajado el esfínter, para lo cual se aconseja al enfermo que haga esfuerzos como para defecar, se introduce suavemente el indice de la mano derecha, recubierto por el guante y con vaselina, replegando los otros dedos en la palma de la mano, y recorriendo con la pulpa las paredes anales y rectales hasta la mayor profundidad posible. Virdia cree que extendiendo los tres últimos dedos en el espacio interglúteo se consigue mayor penetración para el dedo explorador. Al retirarlo conviene hacer una exploración retrógrada para

no pasar por alto tumores blandos, que rechazados por el dedo durante su introducción pueden quedar ignorados. En general los datos que se recoge son negativos en los casos de hemorroides no inflamadas; pero como lo hemos dicho ya esta ausencia de datos tiene gran importancia para el diagnóstico.

Las hemorroides externas solo pueden ser confundidas con los *condilomas*, lo que es fácil sobre todo cuando aquellas tienden á la evolución fibrosa, á consecuencia de flebitis reiteradas. La localización, el color de los tegumentos, la consistencia, la reductibilidad, la coexistencia ó no de hemorroides internas permitirán solucionar este fácil problema de diagnóstico. Los condilomas se situan habitualmente por delante ó por detrás del orificio anal, mientras que las hemorroides externas ocupan de preferencia las partes laterales, están recubiertos por piel de coloración normal y en algunos casos espesada, áspera y erizada de papilas duras, son consistentes é irreductibles y no duelen á la presión.

Los *pólipos* rectales, á diferencia de las hemorroides, son casi siempre solitarios, de forma ovalar ó piriformes, pediculados, francamente movibles sobre el pedículo que los sostiene, de superficie lisa y consistencia dura y la mucosa que los reviste no presenta alteraciones y conserva su coloración nor-

mal. Mientras que ellos se palpan perfectamente las hemorroides pasan desapercibidas para el dedo explorador. Los pólipos nunca son depresibles y se observan con mayor frecuencia en los niños.

El *prolapso rectal* acompaña con frecuencia á las hemorroides, pero puede presentarse aisladamente y ser confundido con un tumor hemorroidario. Lo distinguiremos fácilmente por su coloración normal y porque forma un rodete circular en continuación con la piel y la mucosa circunvecinas y en cuyo centro se encuentra el orificio anal.

El *cáncer del recto*, ulcerado ó vegetante, se diagnostica teniendo en cuenta la edad del paciente, la infiltración y ulceración de las paredes anorectales ó la existencia de un verdadero tumor y por los síntomas generales que nunca faltan.

El *pronóstico* de las hemorroides es benigno, salvo cuando existen complicaciones. Las hemorragias pueden adquirir en algunos casos tal importancia que llegan á extenuar al enfermo imponiendo la intervención.

Otra incidencia peligrosa es la estrangulación de las hemorroides internas procidentes durante una crisis hemorroidaria, cuando llega á producir la necrosis. No hablaremos del pronóstico de las hemorroides sintomáticas, que depende de la lesión causal.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hemorroides puede ser médico y quirúrgico: el primero es paliativo, el segundo curativo. Sin embargo no faltan autores que consideren al tratamiento quirúrgico también como paliativo, sosteniendo que las hemorroides, como todas las várices, dependen de un estado constitucional y están destinadas fatalmente á reproducirse.

El tratamiento médico consiste sobre todo en la observación de reglas puramente higiénicas. Régimen alimenticio, combatiendo los excesos de mesa, eliminando ciertos alimentos, condimentos y bebidas nocivos y tendiendo á regular las deposiciones. El régimen lacto-vegetariano al que pueden asociarse las carnes blancas, con supresión de las bebidas alcohólicas, de las salsas y condimentos en general,

de las legumbres secas y del café, es el más favorable. Atacar la causa más poderosa de congestión pelviana por el uso de laxantes suaves y de enemas fríos, convenientes despues de cada deposición en ciertas personas que, debido á una sensibilidad rectal obtusa, evacúan incompletamente el recto y conservan materias fecales capaces de ser causa de irritación. Suprimir los excesos de todo género y mantener una higiene local rigurosa. El ejercicio moderado asociado al masaje es muy conveniente; en el Hospital Bellevue se ha ensayado una gimnasia especial, que consiste en movimientos de extensión y flexión del tronco, tratando de tocarse los dedos del pie sin flexionar las rodillas, con lo que se combate la constipación por contracciones reiteradas de los músculos abdominales· También la equitación ha sido aconsejada.

Las medicaciones utilizadas para combatir el dolor, las hemorragias y las crisis hemorroidarias son innumerables. Baste citar los astringentes hemostáticos y antisépticos más usados: ratania, tanino, sulfatos de hierro y de zinc, agua Pagliari, alumbre, sales de plomo, óxido de zinc, calomel, yodoformo, bismuto, extr. de capsicum, hamamelis virgínica, cornezuelo de centeno, hidrastis canadensis, glicerina yodo-yodurada, adrenalina al 1 °/oo, suero gelatinado, fenol, antipirina, atropina, jusquiama, frío, baños y pulverizaciones calientes, grandes irriga-

ciones rectales á 50° ó 55°, fomentaciones, taponamiento del recto, etc.; y los analgésicos, opio, morfina, belladona, cocaína, estovaína, ortoformo, etc. Algunos de estos medicamentos, como el capsicum, los polvos de Cayena, el hidrastis canadiensis, el calomel y el cornezuelo de centeno, han sido considerados como específicos en el tratamiento de las hemorroides.

En muchos casos este tratamiento médico es suficiente, las molestias poco acusadas y el paciente puede soportar perfectamente la enfermedad; pero cuando las crisis hemorroidarias se reproducen, cuando hay dolores ó hemorragias, cuando sobrevienen infecciones creando abscesos flebíticos, ulceraciones y fístulas, cuando la mucosa rectal tiende á formar prolapso con las hemorroides internas y con mayor razón cuando éstas se estrangulan el tratamiento quirúrgico está indicado.

En los casos de estrangulación no conviene operar inmediatamente; primero se trata de reducir las hemorroides valiéndose de compresas con vaselina esterilizada y uniendo la acción local de la adrenalina y de la cocaína, que, calmando el dolor y provocando la vaso-constricción, disminuyen el volumen de las hemorroides y la contractura de los esfínteres. Si á pesar de esto las maniobras del taxis no dan resultado debe recurrirse á la dilatación forza-

da, bajo anestesia general ó raquídea, que suprimiendo la contractura termina con la crisis. Cuando todos los fenómenos inflamatorios han desaparecido se interviene. Tampoco conviene operar durante el embarazo, ni cuando hay infección. Sin embargo muchos cirujanos ingleses tratan las hemorroides inflamadas por la incisión seguida de ablación de los coágulos y antisepsia.

Antes de entrar á ocuparnos del tratamiento quirúrgico vamos á resolver una cuestión previa que ha sido origen de muchas discusiones. ¿Conviene suprimír las hemorroides? Son muchos los autores que á partir de Hipócrates han opinado que debía respetárselas, pues considerándolas como un ecmontorio saludable, temían los accidentes que pudieran causar la supresión. Esto explica el nombre de «flujo venoso aúreo» que se ha dado á la hemorragia hemorroidal. Hipócrates consideraba á las hemorroides como debidas á la fijación de la bilis y del flegma en las hemorroidarias y sostenía que esta enfermedad asegura la conservación de la salud, es útil para los melancólicos y los alienados y preserva de la pleuresía y de la perineumonía. Estas creencias, que reinaron durante siglos, fueron compartidas por Celsio. Ambrosio Paré se contentaba todavía con el tratamiento médico, creyendo que si bien el flujo hemorroidal abundante ofrecía inconve-

nientes, presentaba en cambio ventajas el flujo moderado. Stahl que modificó las ideas reinantes sobre patogenia, creando la teoría vitalista ó fluxionaria, admitía que la sangre afluye á las hemorroidarias cuando hay plétora, reconociéndoles todavía una influencia saludable. «Conviene favorecer esta fluxión, hacerla nacer si fuera posible; sería ir contra las intenciones de la naturaleza tratando de suprimirlas», decía Stahl. Para Montegre (Des Hemorrhoides, París 1817), el flujo hemorroidario es un acto vital al cual no podría convenir el nombre de enfermedad, «pues sin impedir ni dificultar el ejercicio de ninguna función, sin causar dolores ni incomodidad notables, asegura en cierto modo la conservación de la salud». Boyer ligaba y excindía todos los paquetes hemorroidarios, menos uno conservado como ecmontorio. Ball creía que las hemorroides previenen la ascitis en los cirróticos. En fin Dupuytren nos habla en sus clínicas de congestiones cerebrales, pulmonares y hepáticas consecutivas á la extirpación de las hemorroides y todavía hoy los tratados de Patología, como resto de tales prejuicios, mencionan las hemóptisis suplementarias por supresión de flujos hemorrágicos habituales, colocando en primera línea al hemorroidario. A J. L. Petit, sosteniendo que las hemorroides no ofrecen ventajas y en cambio pueden originar muchas enfermedades del recto, corresponde el honor de

haber sido uno de los primeros en sublevarse contra esas teorías, comparables por sus bases científicas á las que han sostenido las virtudes de las tenias, del impétigo, de las supuraciones de oído. etc. El tiempo y la observación se han encargado de destruirlas y hoy puede afirmarse que ningún cirujano titubearía para suprimir las hemorroides en su propio cuerpo, sin temor á los accidentes posteriores de que habla Dupuytren y que nadie ha observado á pesar de una extensa y considerable. experiencia operatoria.

Antes de abordar en detalle la descripción de los procedimientos quirúrgicos, vamos á indicar cómo debe prepararse al enfermo y cuales son los cuidados post-operatorios.

El rigor y la duración del tratamiento previo, varían como se comprende según el propósito del cirujano y si para conseguir la cicatrización por primera intención se recomienda prolongarlo durante una semana, bastan tres ó cuatro días en los otros casos.

Se comienza evacuando el intestino por medio de ligeros purgantes matinales, durante cuatro ó cinco días, seguidos de un purgante completo dos días antes de la operación. A partir de este momento se practican diariamente grandes irrigaciones rectales de agua hervida simple ó conteniendo en solución sustancias antisépticas: agua oxigenada al $^1/_3$ - $^1/_4$,

permanganato de potasio al 1 $^0/_{00}$, ácido salicílico al 3 $^0/_{00}$, etc. El último lavaje se hace en el día que precede á la intervención, comenzando entonces á administrar el opio, de preferencia bajo forma de extracto tebaico: 0,06 á 0,10 grs. diarios. Dieta lactea absoluta á partir de este momento. Cuando no se busca la reunión por primera intención bastan el purgante completo, las irrigaciones rectales y el opio. Algunos autores han aconsejado la ingestión de antisépticos: benzonaftol, naptol β, salicilato de bismuto, etc., precaución desprovista absolutamente de importancia práctica.

Ya en la mesa de operaciones, el enfermo adopta la posición de la talla perineal: decúbito dorsal, muslos flexionados y separados, pelvis levantada y sobrepasando el borde de la mesa. El cirujano se sienta en un taburete bajo, frente al periné. Ayudante de pié.

Anestesia general ó local. Si se recurre á la primera es preciso esperar hasta que sea completa, lo que se reconoce porque pinzando el ano no se contrae ya el esfínter, para iniciar el acto operatorio, pues parece que los accidentes sincopales son frecuentes cuando se interviene en esta región. La raquianestesia presenta dos grandes ventajas: evita los síncopes y no exíge sino dosis mínimas de sustancia activa, estovaina, novococaína, etc., pues por el periné se inicia habitualmente la anestesia y en

él queda localizada cuando se utilizan pequeñas dosis. Para mayores detalles sobre este punto enviamos al trabajo sobre raquianestesia por la estovaína del Dr. D. Decoud, profesor de Clínica quirúrgica en esta Facultad, quien funda sus consejos y conclusiones en una vasta estadística personal. Para la anestesia local Reclus usa solución de estovaína ó de cocaína al 1 °/₀. Comienza por introducir en el ano tapones de algodón de volumen creciente empapados con dichas soluciones y, cuando la analgesia de la mucosa es completa, obtiene la cutánea valiéndose de la jeringa Lüer. Finalmente hace cinco ó seis inyecciones en pleno espesor del esfínter, implantando verticalmente la aguja y valiéndose como guía del índice izquierdo introducido en el ano. Billenkin (Revue de Chirurgíe—1902—) obtiene la anestesia por corrientes de alta frecuencia.

Asepsia cuidadosa de la región, preoperatoria.

El instrumental corriente basta para esta clase de intervenciones. Para las suturas puede emplearse catgut, seda ó crín. Preferimos el catgut n.° 2, reabsorvible; pero bastante resistente como para impedir que las suturas cedan antes de la cicatrización total.

Terminada la operación se coloca en el recto un tubo de drenaje, para facilitar la expulsión de gases y distender la mucosa borrando sus pliegues, envuelto en gasa con vaselina esterilizada, recubriendo la región con algodón aséptico sostenido por

una venda en T. La constipación es mantenida durante una semana cuando se quiere obtener la reunión aséptica, por tres ó cuatro días en los otros casos, administrando 0,06 á 0,10 gramos diarios de extracto tebaico. Durante este tiempo el enfermo se alimentará con caldo, leche y algunas sopas en los últimos días. Suspendido el opio un purgante, de preferencia el aceite de ricino á grandes dosis, evacua el contenido intestinal. Algunos cirujanos prefieren darlo á pequeñas dosis, repetidas durante varios días.

Tres son los grandes métodos de:

Tratamiento quirúrgico de las hemorroides . .
- 1.° Dilatación . . digital ó instrumental. / bujías Copeland. / Masaje de Recamier.
- 2.° Modificador. cauterizaciones superficiales. / electrolisis, / ignipuntura. / inyecciones intersticiales.
- 3.° Supresión. . ecraseur de Chassaignac—forcipresura. / por caústicos y termocauterio—ansa galvano caústica. / ligadura. / extirpación á bisturí. (parcial. (total.

1.°—*La dilatación*, preconizada por Fontan, Verneuil y Trelat, es aplicable sobre todo al tratamiento de las fisuras de origen hemorroidario y al de los espasmos consecutivos á la procidencia de las hemorroides internas, que causan la estrangulación. Los autores ya citados han pretendido erigirla en

tratamiento curativo de las hemorroides y Fontan refiere la historia de su curación, que transcribimos, en apoyo de este procedimiento.—(Fontan.—Tratamiento de las hemorroides por la dilatación forzada de los esfínteres del ano.)

En el ejército del Este (1870-71) fuí atacado, dice el Dr. Fontan, de una disentería grave, que unida á la fatiga del caballo me produjo muchos ataques sucesivos de hemorroides, dejándome finalmente un tumor hemorroidario externo y circular.

Dede esta época: constipación habitual, deposiciones largas y penosas, congestión cada vez más fuerte de las várices cuya reducción es muy difícil.

Cada deposición se acompaña de pérdidas sanguíneas bastante abundantes. Estos síntomas se acentúan y hacia mediados de 1874 empiezo á sentir dolores vivos después de la defecación, que toman rápidamente todos los caracteres de los dolores fisurales y adquieren bien pronto tal grado, que dándoles el epíteto de atroces quedo muy lejos de la verdad.

En resumen, después de haber agotado todo lo que las investigaciones interesadas de un médico pueden encontrar en remedios y no pensando más que en la fisura ruego al Dr. Berne quiera examinarme. No apercibe ningún indicio de fisura, á pesar de un notable prolapso de la mucosa anal. Sin embargo, como esta fisura es siempre sospechada y

la contractura manifiesta reclamo la operación, que se me practica el 3 de Junio de 1875 por los doctores Berne y Gayet.

Previa anestesia por el éter sufro la dilatación forzada, digital, pero brusca y enérgica con objeto de romper las fibras del esfínter.

El Dr. Berne tiene la sensación manifiesta de una desgarradura. Para asegurarse de que la dilatación es completa, el Dr. Gayet practica á su turno el alargamiento en los dos sentidos. Ligero derrame sanguíneo durante la operación.

Al despertarme siento violentos dolores que duran ocho horas, acompañados de disuria. El hielo localmente es mal tolerado; sólo la compresión parece procurar un poco de consuelo. En fin, los dolores se calman poco á poco.

A los dos días primera deposición casi sin dolor; pero que se opera en masa, con un cierto grado de prolapso de la mucosa. El tumor hemorroidario está menos turgescente y se reduce con facilidad por el taxis; no hay hemorragia. Dos días después puedo levantarme, volviendo á emprender mis ocupaciones al cabo de una semana.

Desde entonces no he tenido ni una sola hemorragia, no sufro más ni tengo el temor al ir á hacer mis deposiciones, que es la eterna pesadilla del hemorroidario. El tumor hemorroidal, que era muy voluminoso, disminuye cada día y solamente una sen-

sación pasagera de dificultad acompaña por algunos minutos á las deposiciones. La turgescencia es momentanea y se reduce muy fácilmente. En una palabra: me considero curado.»

Duret creía poder explicar el efecto curativo de la simple dilatación por el restablecimiento de la circulación á través de anastómosis transesfinterianas, previamente obturadas por la contractura del esfínter. En teoría, como ya lo hemos dicho, y en la práctica esta concepción ha resultado falsa, pues Rosembaum, Richet, Popoff, Gosselin y otros muchos autores han observado casos numerosos de recidiva, y la dilatación, que tiene á veces efecto puramente paliativo, sólo se utiliza ahora como tiempo previo de otras intervenciones ó en los casos ya enunciados. pues impide la contractura del esfínter, que dificulta el acto operatorio y es causa de dolor más tarde. Delbet atribuye su efecto paliativo á la ruptura de algunas ramas venosas que luego se obliteran.

La dilatación puede ser digital ó instrumental; preferimos ésta porque es muy cómoda para el operador, presentando todas las ventajas de la digital en cuanto se refiere á eficacia y á graduación. Basta introducir un espéculo anal y entreabrirlo con suma lentitud, para evitar la desgarradura de fibras musculares que puede ser luego causa de incontinencia. Es preciso que las ramas del espéculo queden para-

lelas entre sí al separarse; el de Trelat, que llena esta condición, es cómodo y de uso corriente.

Para dilatar á dedo se introducen los índices de ambas manos dorso á dorso y se hace juego de palanca, tomando como punto de apoyo la articulación falango-falangina; ó mejor todavía se usan los pulgares, que entran en contacto por su articulación interfalangiana. En general la resistencia á vencer es grande y la presión debe ser sostenida, sin brusquedad, para que resulte eficaz. Llega un momento en que el esfínter cede por completo y los dedos introducidos en el ano palpan fácilmente hacia ambos lados el isquión y atrás el coxis. La mucosa anal y las hemorroides hacen procidencia y habitualmente sangran algunas erosiones y fisuras producidas en el momento de la dilatación.

Después de esta el enfermo siente dolor, hay disuria y uno ó dos días más tarde necesidad de evacuar el intestino, lo que se facilita con enemas emolientes.

Copeland obtenía la dilatación utilizando bujías de volumen progresivamente creciente y Recamier practicaba su masaje introduciendo primero un dedo en el ano y paulatinamente dos y tres, á medida que los movimientos suaves y ritmados relajaban el esfínter produciendo su dilatación gradual. Estos procedimientos han pasado á la historia.

2.º *El procedimiento modificador* tiene por objeto

curar las hemorroides sin intervención cruenta, habitualmente provocando la esclerosis de los paquetes venosos. Imita pues el proceso espontáneo de curación por flebitis obliterante, solo que esta es séptica mientras que la reacción flogística provocada por el cirujano es aséptica. Los medios empleados para realizar este propósito son múltiples.

Las cauterizaciones superficiales, uno de los más sencillos y primitivos, que tenía su razón de ser cuando se temía la infección sin saber como prevenirla, ha caído completamente en olvido, de modo que nos contentamos con mencionarlo. Las sustancias utilizadas son numerosas: sulfato de hierro, cloruro de zinc, ictiol, cáustico líquido de Houston (nitrato ácido de mercurio-cloruro de zinc y ácido clorhídrico) y el ácido nítrico fumante. Este último, preconizado por Cuzak y Houston en aplicaciones superficiales sobre la mucosa enferma á intervalos de una ó dos semanas ha gozado de cierta reputación, sobre todo para los casos en que la mucosa está vascularizada uniformemente. Las cauterizaciones superficiales con el termo-cauterio producen los mismos resultados. Estos procedimientos son largos, sumamente dolorosos y determinan la formación de escaras, que al ser eliminadas pueden provocar hemorragias y dejan soluciones de continuidad cuya cicatrización es lenta y que facilitan las infecciones.

La electrolisis, poco usada, es aplicable para los enfermos refractarios á una intervención más radical especialmente, dice Quéñu, en los casos de hemorragia por transformación eréctil de la mucosa anal. Se emplea habitualmente la eletropuntura bipolar, variando la separación de las agujas según el tamaño del paquete y modificando la intensidad de la corriente empleada de acuerdo con ese mismo factor y con el tiempo de aplicación. El dolor que solo existe en el momento de apertura y cierre de la corriente, es poco acusado de modo que la operación puede practicarse sin anestesia general. En los tres ó cuatro primeros días las hemorroides están turgescentes é induradas, debido á la formación de coágulos que poco á poco se reabsorven y organizan.

Las sesiones pueden repetirse si es preciso á intervalos de una ó dos semanas.

La ignipuntura, introduciendo en el centro del paquete hemorroidario la punta fina del termocauterio calentada al rojo oscuro, con ligadura previa ó sin ella, ó usando el gálvanocauterio, es considerada por Schwartz, Tillaux y Pozzi como el método de elección cuando las hemorroides son pequeñas y poco numerosas y se dice que las curaciones así obtenidas no se han desmentido en algunos casos observados diez, quince y veinte años después. Es un procedimiento doloroso, expone á hemorragias y

sus resultados son inseguros, pues se observa con frecuencia la recidiva. Puede utilizarse para completar la intervención cuando se hace la extirpación parcial, como veremos después, y en caso de hemorroides externas, escasas y de poco volumen.

Las inyecciones intersticiales esclerógenas van á ocuparnos más extensamente, pues bien aplicadas producen resultados sorprendentes, siendo innegable su gran valor ierapéutico. Las substancias utilizadas son muchas: éter yodoformado, creosota, ergotina, cloruro de zinc, percloruro y sulfato de hierro, extr. de cornezuelo de centeno, ácido tánico, alcohol y ergotina. Pero la glicerina fenicada, usada primero por Mitchell y preconizada por Kelsey, ha dado los mejores resultados. Es el tratamiento americano, poco vulgarizado pero de eficacia notable. Kelsey, aconseja una solución conteniendo para una parte de ácido fénico, tres de agua y tres de glicerina. Se inyectan cuatro ó cinco gotas de esta solución en cada paquete hemorroidario, repitiendo tres ó cuatro veces la operación en el espacio de un trimestre hasta obtener la esclerosis total. El paciente no tiene necesidad de guardar cama. Lange, de New York, extiende previamente sobre la mucosa pomada al yodoformo, para evitar su cauterización. Tuttle ha recomendado la siguiente fórmula de Shuford.

Acido fénico de Calvert . . . . 8 gramos
Acido salicílico . . . . . 2 »
Biborato de sodio . . . . . 4 »
Glicerina esterizada c. s. para . . 32 »

Roux, que ha dado gran valor al procedimiento, emplea la glicerina fenicada al 50 °/₀ é inyecta dos gotas en cada paquete, previa dilatación para exponer las hemorroides y termina colocando en el ano un tapón de gasa yodoformada. Las várices, que primero se ingurgitan, disminuyen luego de volumen gradualmente, hasta desaparecer. Es la técnica que hemos seguido en el servicio de cirugía del Hospital Pirovano.

Agnew, (Tratamiento de las hemorroides por el método de las inyecciones. The Ther. Gaz., 1897), aconseja otro procedimiento para preparar la solución de glicerina fenicada. Comienza por disolver 6 grs. de acetato de plomo y 6 de bórax en 27 grs. de glicerina y prepara en caliente 25 grs. de ácido fénico cristalizado con 6 grs. de agua destilada. Por la unión de ambos líquidos obtiene una solución de ácido fénico al tercio, en glicerina boricada. El acetato de plomo combinándose parcialmente con la albúmina forma un albuminato de plomo y limita en esta forma la acción del fenol.

La técnica de las inyecciones es muy simple. Conviene usar una aguja más larga y algo más gruesa que las comunes y basta la jeriga Lüer ordinaria, de

uno ó dos cc. Sin embargo, la jeringa de vidrio que Barthélemy y Lévy-Bing han hecho construir para inyecciones de aceite gris, con su aguja correspondiente, permite apreciar mejor la cantidad de solución que se inyecta y llena las condiciones exigidas á propósito de las agujas, de modo que no vacilamos recomendarla. La inyección debe hacerse lentamente en el centro del paquete hemorroidario, punzado cerca de su base; la mucosa de revestimiento palidece. Conviene esperar un momento antes de retirar la aguja y si la dosis inyectada pareciera insuficiente puede aumentarse, recordando que el ideal consiste en que la glicerina fenicada entre en contacto con las paredes venosas ectásicas en su mayor extensión y que los efectos reales son mayores que los aparentes, pues debido á su consistencia la solución se extiende y obra lentamente.

Si hay dolor en las horas siguientes, se recurre al opio ó á la morfina. Nunca hemos observado la retención de orinas, mencionada por algunos autores. Al tercer día se evacúa el intestino y el enfermo vuelve á su alimentación normal.

Se han señalado peligros múltiples: intoxicación por el ácido fénico, embolias, escaras, úlceras, abscesos y fístulas, shoc durante la inyección, fuertes dolores y extensas inflamaciones perirectales, que han podido causar la muerte. Andrews, (Rectal and anal surgery, Chicago, 1892), ha reunido en su país

una estadística de 3.304 casos, con una mortalidad total de 3.9 °/₀₀; la gangrena es frecuente según este autor. En realidad todos estos inconvenientes son teóricos y excepcionales, muchos de ellos causados por defectos de técnica é imputables al operador y no al método. En todos los casos que hemos observado nos ha sorprendido, al contrario, agradablemente el aspecto animado de los enfermos después de la operación, contrastando con los sufrimientos que atormentan durante los primeros días, y especialmente en las primeras horas, á los pacientes tratados por los otros procedimientos quirúrgicos. Solo en un caso, cuya historia insertamos en este trabajo, hemos observado una fuerte crisis hemorroidaria consecutiva á la inyección esclerógena, seguida de procidencia y estrangulación. Adler, Bryant y Kelsey no consideran á este método como radical, pero Roux, de Lausanne, ante cuya opinión nos inclinamos, ha obtenido por él resultados alejados superiores á los que da la excisión.

3.° *El método de la supresión* se ha impuesto en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides, sobre todo desde que sabiendo evitar las infecciones podemos obtener la cicatrización por primera intención. Vamos á pasar en revista ligeramente algunos procedimientos operatorios más ó menos antiguos y olvidados en la práctica para detenernos espe-

cialmente en la extirpación por el bisturí, parcial y total.

Chassaignac excindia las hemorroides valiéndose de su *ecraseur linear*, para el cual soñó un rol quirúrgico tan importante y vasto. La exción por aplastamiento podía ser parcial ó anular, era sumamente dolorosa, no evitaba la hemorragia ni la infección y pueden atribuírsele algunos casos de estrechez consecutivos á la extirpación total. Para mayores detalles sobre un método totalmente abandonado véase: Chassaignac E. Tratamiento de los tumores hemorroidales por el método del *ecrasement* linear. Maisonneuve utilizaba con el mismo objeto su *serre noeds*.

El aplastamiento por medio de un clamps sólido puede bastar; es una de las aplicaciones posibles de la forcipresura. Manley se contenta con tomar entre sus dedos cada paquete hemorroidario y someterlo á una fuerte compresión; una vez reducidos coloca un supositorio con opio y obtiene así la reabsorción y la atrofía.

La destrucción de las hemorroides *por cauterización* ha dado orígen á un cierto número de procedimientos. La pasta de Viena, la potasa, el caústico de Filhos han sido utilizados. Amussat imaginó la ligadura caústica; para practicarla tomaba el paquete venoso con una pinza especial cuyas ramas, provistas de ranuras, contenían caústico de Filhos.

(Amussat. Método sobre la destrucción de hemorroides internas por la cauterización circular de su pedículo con el caústico de potasa y de cal). Jobert utilizaba para la cauterización pequeñas pinzas conocidas bajo el nombre de *cápsulas hemorroidarias;* tomadas las hemorroides entre las ramas de la pinza las cauterizaba valiéndose de pasta de Viena ú otros caústicos. Lucas Championniére introducía una esponja en el recto y determinaba por su tracción la procidencia de las hemorroides; enseguida tomaba con pinzas cada paquete hemorroidario, lo circunscribía en su base con un hilo para fijarlo y aplicaba el termo cauterio, seccionando lentamente. Vaux colocaba antes de cauterizar un clamp en el eje longitudinal de las hemorroides, para evitar retracciones. Langembeck ha hecho construir una pinza clamp especial con objeto de pediculizar las hemorroides, préviamente traccionadas por una pinza de Kocher y evitar la acción del termo sobre las partes vecinas de la mucosa anal, que se recubren de gasa para asegurar mejor el aislamiento. Trelat pediculizaba el paquete hemorroidario también valiéndose de una pinza especial, ancha y recubierta de marfil en la cara correspondiente á la mucosa; despues cauterizaba. Smith ha hecho construir una pinza con el mismo objeto. Richet practicaba la *volatilización;* pasaba un hilo metálico enhebrado por la base de cada hemorroide, para ejer-

cer tracción y pediculizarlas; tomaba entonces el tumor entre los anchos dientes de su pinza cauterio calentada al rojo blanco y mantenía la presión hasta reducirlo á cenizas. Las hemorroides habían sido volatilizadas. Al despertar el paciente sufría intensísimos dolores y las infecciones eran frecuentes. Tansini circunscribe las hemorroides con el ansa galvano-caústico y las secciona lentamente.

Los cirujanos ingleses (Kelsey, Smith, Coston, Stevens) son partidarios de la cauterización. La prefieren á la ligadura porque esta determina más dolor, debido a la compresión de los filetes nerviosos, y expone á hemorragias si se afloja ó cae. El dolor que provoca, la formación de escaras, las hemorragias, úlceras é infecciones que acompañan á la caída de estas, la lentitud de la separación y las extensas retracciones cicatriciales explican el abandono de la cauterización. Algunos la preconizan en el estrangulamiento hemorroidario y cuando hay infección, pero entonces es mejor no intervenir.

La ligadura puede ser: simple en los paquetes pediculizados ó pediculizables; doble previa transfixión como para un saco herniario; submucosa (procedimiento de Merrili Ricketts) y precedida de disección. (Baumgarten-Allingham). Una vez practicada la ligadura se puede esperar la caida de los tejidos ó bien excindirlos con bisturí ó tijeras. Ricketts, previa dilatación de los esfínteres y valién-

dose de una larga aguja semicircular, coloca por debajo de la mucosa un hilo, que partiendo de la márgen del ano pasa por encima del paquete hemorroidal y sale junto al sitio de entrada, ligándose ambos extremos. Baumgarten, con objeto de evitar pérdidas de tejidos que pueden originar retracciones, incinde longitudinalmente la mucosa sobre cada paquete, lo aisla, lo liga y sutura la mucosa con catgut. Allingham, para facilitar la eliminación, que tiene lugar á la semana con su procedimiento, incinde la mucosa en torno del pedículo hemorroidario y liga los vasos en este punto. Prácticamente ha obtenido resultados notables, pues sobre un total de 1.600 operados en esta forma no ha tenido que lamentar un solo caso fatal. Dittel usa la ligadura elástica y ha conseguido en un gran número de casos excelentes resultados.

La ligadura solo es aplicable á los paquetes poco numerosos y de pequeño volumen. Es dolorosa por la compresión de los filetes nerviosos y expone á hemorragias cuando se acompaña de excisión, razones por las cuales es poco usada. Al practicar nosotros la extirpación parcial tratábamos las hemorroides más voluminosas por la sutura, tal como la describiremos á continuación y las pequeñas por ligadura del pedículo seguida de excisión.

La extirpación á bisturí puede ser parcial ó total. La primera consiste en la resección de los paque-

tes varicosos, la segunda en la extirpación de la mucosa enferma sobre todo el contorno anal.

Para hacer la excisión parcial longitudinal, *procedimiento de Monod*, se toma la mucosa anal con dos pinzas de Kocher inmediatamente por encima y por debajo del paquete, que otra pinza tracciona previamente, formándose así un pliegue de mucosa en el cual quedan incluidos los vasos dilatados. Un clamp ú otra pinza de Kocher comprimen entre sus ramas la base de este pliegue, y basta entoces seccionar lentamente junto á la cara externa del clamp, suturando por un surjet al catgut á medida que la excisión progresa, para quitar todas las partes enfermas con muy escasa pérdida sanguínea. Cuando el paquete hemorroidario es pediculizado, la intervención ofrece menos dificultad, pues basta seccionar la mucosa exactamente en el contorno del pedículo y suturar previa extirpación venosa, dando siempre á la herida y á la línea de sutura una dirección longitudinal, paralela al eje del recto. Las incisiones deben ser puramente mucosas, respetando siempre á la piel.

El *procedimiento de Reclus* consiste en la excisión transversal seguida de sutura cutáneo-mucosa. La técnica es idéntica á la que hemos descripto para el método anterior, con la diferencia de que el gran eje de la herida y de la línea de sutura es transversal y que, por el hecho de incindirse en el límite

de la mucosa y de la piel, la sutura final es cutáneo-mucosa. Cuando los paquetes son múltiples, interesando la mayor parte del contorno anal, el resultado después de la sutura es muy semejante al que se obtiene con el procedimiento de Whitehead. Esta excisión transversal es poco usada, pues sin presentar ventajas sobre la longitudinal expone á la estrechez

Earle, de Baltimore, Jones, Lafourcade, suturan antes de la excisión, procedimiento muy cómodo y que hemos empleado casi siempre al practicar la extirpación parcial, siguiendo la *técnica de Gerdy*, que describimos á continuación. Erwin ha construido un clamp especial para facilitar esta sutura previa. Anestesiado el paciente y dilatados los esfínteres, se toma cada paquete hemorroidario con una pinza, traccionando para pediculizarlo y se coloca en su base paralelamente á la pared rectal un clamp ó una pinza de Kocher. Por el extremo superior se inicia entonces una sutura continua, que envuelve al paquete hemorroidario y á la pinza y cuyas espirales quedan flojas, de modo á poder insinuar en ellas las ramas de una tijera para seccionar los tejidos que encierran á las várices. Retirada la pinza se cierra la sutura Habitualmente al practicar este procedimiento tratamos los paquetes de pequeños volumen por la ligadura previa transfixión, extirpando á tijera las partes ligadas. Desde

el punto de vista de la estética este método desagrada en un principio, pues deja el ano surcado de suturas al catgut en todas direcciones; pero cuando las lesiones han cicatrizado, el resultado es excelente y tiene la ventaja de evitar con toda seguridad el único punto vulnerable y peligroso en estas intervenciones: el esfínter. Su ejecución es fácil y rápida y jamás causa estrechez cuando se elige un caso conveniente y es bien ejecutado. Las hemorroides externas, congestionadas en los días que siguen á la operación, desaparecen más tarde; pero pueden ser tratadas por ignipuntura, como ya hemos dicho al ocuparnos de ésta.

Trinkel agrega á la extirpación una sección del esfínter en su parte posterior, á través de la mucosa, con lo que evita el dolor debido á la contractura ulterior del esfínter sobre el tapón de gasa y facilita la salida de gases, relajando temporariamente el ano. Henderson no solo secciona como Trinkel, sino que reseca los labios de la incisión, para que la cicatrización se haga por segunda. Estas secciones, que practican en todos los casos, no les han producido jamás inconvenientes.

Chaput aconseja el tratamiento siguiente: dilatado el ano con el espéculo de Trelat quita con tijeras curvas bandas verticales de mucosa con las venas dilatadas subyacentes. Cada banda resecada mide dos cents. de ancho y está separada de su

vecina por otra banda mucosa de igual extensión, que se respeta para impedir el estrechamiento del ano. Régimen lácteo y opio durante ocho días.

Dupuytren y Schalita excindían las hemorroides con tijeras, cauterizando luego el pedículo. Gallozzi tritura primero la base del paquete hemorroidario, valiéndose de una pinza especial, lo extirpa á tijera y coloca sobre el pedículo percloruro de hierro, para ponerse más seguramente al abrigo de hemorragias.

En general la extirpación debe poner en descubierto al esfínter y conviene iniciarla por el extremo inferior del paquete hemorroidario, para que la sangre que corre no moleste al operador.

Whitehead publica en 1882 el primer caso tratado por la *extirpación total*, y cinco años más tarde daba en el British Medical Journal una estadística de 300 casos, operados siguiendo la misma técnica sin un solo resultado destavorable. Sus enfermos curaron aproximadamente en el término de dos semanas. Sendler reivindica la prioridad del procedimiento de extirpación total. Actualmente el método está sancionado ya por la experiencia y se le han aportado un gran número de modificaciones para facilitar la ejecución y evitar los inconvenientes de la técnica primitiva, que describiremos á continuación.

Anestesiado el paciente y previa dilatación for-

zada se toma la mucosa anal con pinzas de Kocher inmediatamente por encima de los pliegues irradiados y se incinde circularmente en el punto de unión de la mucosa con la piel, empezando por la semicircunferencia inferior para impedír que la sangre, desde el principio, inunde el campo operatorio. Terminada la incisión se desprende la mucosa del tejido muscular subyacente con tijeras cerradas ú otro instrumento romo, salvo cuando hay adherencias, manteniéndose en la capa de tejido celular, hasta encontrar la mucosa rectal sana. Después de esta disección debe verse perfectamente el borde inferior del esfínter y su cara interna. Se prosigue el desprendimiento en una extensión de dos centímetros, para hacer más fácil la sutura final y evitar que por su tensión los hilos corten la mucosa. Whitehead, seccionaba en seguida transversalmente el manchón disecado por encima de la zona hemorroidaria, terminando por la sutura de la piel con la mucosa rectal sana, precedida de una prolija hemostasia. El material más conveniente para la sutura es el catgut N.º 2, á puntos separados y múltiples, tal como lo hemos usado en nuestra práctica, ó en surjet, que reune mejor los tejidos, teniendo la precaución de tomar mucha mucosa, para que los puntos no la corten y poca piel con objeto de evitar el prolapso de aquélla. Esta sutura obliga á la mucosa, de mayor extensión tranversal que la piel, á ple-

garse, lo que dificulta un poco la repartición de los puntos.

Delorme ha introducido una pequeña modificación que suprime este inconveniente. Sobre los cuatro puntos cardinales del manchón mucoso disecado hace otras tantas incisiones longitudinales, que se prolongan hasta llegar á la mucosa sana, con objeto de transformar el manchón, cilíndrico, en colgajos adherentes solo por su base y coloca en seguida cuatro puntos de fijación, en U, cuyas ramas atravesando la mucosa se anudan sobre la piel, quedando equidistante los puntos, con lo que obtiene una sutura bien repartida y fácilmente practicada á medida que se excinden los fragmentos de mucosa y evita que esta penetre en el recto por retracción al seccionarla. Hemos utilizado en nuestros casos esta feliz modificación.

Quénu, para evitar los inconvenientes que puede causar la supresión de la mucosa, de los cuales el más grave es la estrechez anal, extirpa los paquetes venosos después de disecar el manchón y reaplica la mucosa manteniéndola por una sutura. Su procedimiento tiene el inconveniente de no ser aplicable cuando la mucosa está lesionada ó cuando, debido á la esclerosis difusa, no pueden ser disecados los paquetes venosos.

Buclaire se contenta con disecar el manchón y reaplicar la mucosa sobre el esfínter, fijándola por

puntos múltiples. La destrucción, así realizada, del tejido celular submucoso asegura mayor adherencia de la mucosa al esfínter, de la que espera la curación.

Reclus, para prevenir la estrechez, respetaba un puente muco-cutáneo en ambos extremos del diámetro ántero-posterior, aprovechando la localización de las hemorroides, que se sitúan en mayor número sobre las partes laterales· Más tarde ha renunciado creyendo que con la asepsia no debe temerse ya la estrechez.

Villard considera como uno de los mayores inconvenientes del procedimiento de Whitehead á la hemorragia y la explica considerando que los vasos del recto tienen todos una dirección longitudinal, de modo que al disecar el manchón mucoso se vuelve á cortar más arriba vasos que ya habían sido seccionados y ligados. Para evitar este inconveniente ha modificado la técnica. Los cuidados preliminares son los mismos, pero trata de obtener una dilatación muy amplia de los estínteres, para asegurar la procidencia del paquete hemorroidario, que facilita la intervención. Traccionando la mucosa rectal con cuatro ó seis pinzas hemostáticas inicia por la línea media anterior dos incisiones circulares supra é infra hemorroidarias. Reune por una tercera incisión, vertical, la extremidad de las dos incisiones circulares y levanta por disección la banda de tejido

varicoso interpuesta, disecando bien al esfínter que es muy superficial. Prolongando poco á poco las dos incisiones circulares «en sentido inverso á la dirección de las agujas de un reloj en marcha», y disecando á medida que avanza, quita el tejido hemorroidario bajo forma de una banda contínua, hasta alcanzar el punto en que se iniciaron las incisiones circulares. Sobre los vasos que sangran á medida que progresa la disección, en general poco numerosos, coloca pinzas hemostáticas, terminando como en el procedimiento clásico por la sutura circular.

La técnica de Villard es muy buena: por sus resultados estéticos, porque hiere una sola vez los vasos, no exige más que una ligadura de cada uno disminuyendo por consiguiente la hemorragia y porque permite disecar en el sentido de las fibras musculares esfinterianas, bajo el control continuo de la vista y sin ser molestado por la sangre, que corriendo de alto abajo inunda continuamente el campo operatorio con la técnica clásica. Es imposible lesionar el esfínter siguiendo este procedimiento.

Sobre 24 casos que han operado en esta forma Villard y Desgouttes los resultados obtenidos han sido muy felices; solo en un paciente persistencia de rectitis, en otro reproducción de las várices y algunas veces ligera atonia esfinteriana, notada especialmente cuando hay crisis de diarrea, como suele

observarse en los operados por el método de Whitehead, que estos cirujanos atribuyen á la dilatación del esfínter, pero nunca incontinencia verdadera. Al examen local posteriormente llama la atención el contraste entre el tinte rosado de la mucosa y el pigmentario de la piel sin transiciones; la línea de sutura es sumamente delgada y pálida.

Virdia describe bajo el nombre de *operación americana* una modificación del Whitehead, que consiste en seccionar primero la mucosa por encima de la zona hemorroidaria y disecar luego de alto hacia abajo.

El Dr. Nicomedes *Antelo*, Jefe del servicio de cirugía del Hospital Militar en esta capital, ha modificado la técnica del procedimiento de Whitehead simplificándola. El método así modificado consta de los tiempos siguientes, tal como los enumera el autor:

1.º Dilatación amplia del esfínter anal. Prefiere la instrumental y usa el dilatador de Trelat.

2.º Prehensión con pinzas de Kocher, en los extremos de dos diámetros perpendiculares del paquete hemorroidal. La colocación de las pinzas y la tracción deben hacerse de manera que la mucosa sana quede uniformemente tensa y accesible á la punta de un bisturí ordinario.

3.º Incisión circular á bisturí detrás del paquete hemorroidal, en plena mucosa sana. Tomar las ar-

teriolas que den y colocar dos pinzas sin dientes sobre el borde mucoso para que sirvan de pinzas de referencia.

4.º Hacer cuatro incisiones radiales desde el borde incindido de la mucosa anal, labio proximal, hacia afuera, hasta la piel.

5.º Disección de los cuatro colgajos romboidales así delineados de dentro afuera, es decir desde el borde mucoso hacia la margen anal. La disección debe comprender solo á la mucosa, dejando la submucosa y especialmente el tejido cavernoso hemorroidal. Así se evita lesionar el esfínter.

6.º Extendidos hacia afuera los cuatro colgajos disecados, seccionar á tijera, de un corte circular continuo, el límite entre la mucosa y la piel.

7.º Excisión á cielo abierto por planos, con toda comodidad, del tejido cavernoso hemorroidal que cubre el esfínter.

8.º Efectuada la hemostasia, si es necesario, el aspecto es el siguiente: en el fondo, determinado por dos pinzas de referencia, se ve el borde circular de la mucosa anal; hacia afuera y en un plano más anterior se destaca el esfínter rojo pálido, más ó menos claramente según la prolijidad de la disección y en un círculo externo el borde circular de la piel. En estas condiciones se efectúa la sutura, colocando previamente cuatro puntos de catgut en U. Finalmente sutura continua al catgut fino. Los

puntos de fijación interrumpen al surjet para evitar que afloje toda la sutura si llega á ceder alguno.

Esta técnica tiene las ventajas de facilitar las incisiones circulares, tanto mucosa como muco-cutánea, permitiendo un buen afrontamiento, y de disecar el tejido cavernoso bajo el control de la vista, lo que impide absolutamente las lesiones del esfínter. Su autor que es un entusiasta del procedimiento de Whitehead, habiéndolo practicado durante diez años en un gran número de casos con resultados inmejorables, ha obtenido con su nueva técnica en una serie de casos, cuya estadística nos ha facilitado, resultados también óptimos con mayor facilidad de ejecución.

Vercesco y *Potarca* han hecho conocer una nueva modificación del Whitehead (Revue de Chirurgie, 1902), que Vercesco ha descripto por primera vez en una breve comunicación al XIII Congreso Internacional de Medicina en París —1900. Comienzan por introducir en el ano un tapón de corcho en forma de cono truncado, esterilizado y provisto de un ansa de cobre para manejarlo. El cilindro queda fijado por la mucosa anal. En el límite de esta con la piel se pasan de fuera hacia adentro alfileres comunes, que van á fijarse en el tapón. Traccionando la mucosa por intermedio de este se la incinde circularmente junto á la parte externa de los

alfileres. Disecado el manchón de mucosa fijo sobre el tapón se le secciona nuevamente por encima de las partes enfermas, terminándose por sutura. Las ventajas del método, según los autores, son las siguientes: asegura la asepsia y la hemostasia del campo operatorio por la oclusión del ano y la compresión de sus paredes que produce el tapón; acorta el tiempo á emplear y facilita el trazado de buenas incisiones.

El Dr. *Larroque* ha publicado su nueva técnica para la extirpación total en los Anales del Círculo Médico Argentino, año 1903, inspirando más tarde la tesis del Dr. Anitua—Prepara al enfermo con dos purgantes salinos, dejando un día de intervalo, y administra á continuación cuatro sellos cada uno de los cuales contiene 0,50 grs. de Chinosol. Régimen lacteo y enemas de Chinosol al 1 °/₀₀. Constipa á partir del día que precede á la operación. Anestesia general. Asepsia cuidadosa de la región; lavajes con Chinosol al 1 °/₀₀ y con alcohol-éter. Antes de iniciar la intervención inyecta en el tejido hemorroidario dos ó tres cc. de solución de adrenalina al 1 °/₀₀, con objeto de disminuir al mínimun la pérdida sanguínea. Para operar introduce en el ano un tapón metálico especial, de diez centímetros de longitud por 3 ó 4 de diámetro, cerrado y convexo en su extremidad superior, la primera que penetra en el ano, y plano en la interior, que está pro-

vista de un tallo central, para manejarlo una vez introducido, y de una corona peritérica de ganchos incurvados hacia el eje y separados por una distancia de un centímetro. Cuando todo el tapón ha penetrado en el ano se retira ligeramente y valiéndose de una pinza se enganchan todas las hemorroides visibles en la base del mismo, traccionando luego la mucosa fijada en esta forma. Despues de esto se practica la incisión circular y la disección de la mucosa, como en el Whitehead clásico, seguida de excisión y sutura. El tapón tiene las ventajas de ser hemostático por compresión; de facilitar la excisión de la mucosa atraida al exterior, con menos peligro de lesionar el esfínter; y de facilitar la colocación de los puntos finales de sutura, impidiendo la retracción y los plegamientos de la mucosa. Suprime además el manojo de pinzas que se impone para el Whitehead cuando se utiliza la técnica corriente.

El Dr. José Arce ha publicado en el mismo año un buen estudio crítico de estos procedimientos modernos.

La extirpación total es sin disputa el más radical de todos los procedimientos operatorios, puesto que sustituye la mucosa anal enferma por mucosa rectal sana. Sin embargo se ha abusado de él y, tal vez por exceso de reacción, muchos cirujanos lo han proscripto. Y es que se trata de un arma de doble filo, que puede causar grandes perjuicios cuando es mal empleada.

Incontinencia y *estrechez;* tales son los dos grandes peligros de esta intervención. La incontinencia puede ser temporaria ó definitiva y total ó parcial. Esta última, atonia del esfínter, se observa con cierta frecuencia y persiste á veces durante meses y años. Los enfermos se ven forzados á evacuar el intestino inmediatamente que sobreviene la sensación de plenitud y de necesidad para evitar la incontinencia. Es más acusada cuando hay diarrea. Varias son las causas de incontinencia. En algunos casos puede ser atribuida á la dilatación forzada, pues el esfínter tarda en recuperar su tonicidad normal; pero entonces es siempre pasajera. A veces responde á una lesión operatoria del esfínter, que puede evitarse salvo casos muy raros cuando el cirujano procede con prudencia y con pleno dominio de la región; pero en ciertos casos de esclerosis difusa con adherencias extendidas de la mucosa al esfínter el estado de los tejidos puede explicar la lesión de las fibras musculares. En fin, la extirpación total provoca tambien incontinencia, aún sin intervención de las causas mencionadas, suprimiendo la sensibilidad especial de la mucosa en la zona de las columnas de Morgagni, que provoca la contracción de los esfínteres cuando entra en juego por el contacto de gases ó materias fecales, sin intervención de la voluntad. La técnica de Quénu, que respeta la mucosa, suprime esta causa de incontinencia.

Otro inconveniente del procedimiento es que á veces las suturas, cuando quedan muy tensas ó el operado es inquieto, cortan la mucosa. Esta se retrae y queda una herida de amplia superficie, que impone otra intervención para restituir las cosas á su estado primitivo ó que cicatriza por segunda y entonces es causa de estrechez. Para evitar esta conviene hacer una buena sutura, repartiendo bien los pliegues de la mucosa, multiplicando los puntos cuando son separados ó interrumpiendo el surjet para evitar que toda la sutura se afloje si llega á ceder un punto; colocar en el ano despues de la intervención un grueso tubo de drenaje envuelto en gasas con vaselina esterilizada para impedir adherencias á la herida, que borra los pliegues y ejerce una compresión moderada, al mismo tiempo que facilita la eliminación de gases; y sobre todo mantener una asepsia rigurosa, pues la infección es la gran causa de estenosis y jamás se observa esta cuando la herida cicatriza por primera intensión. Producida la estrechez es difícil vencerla, salvo el caso de que sea espasmódica; para conseguirlo se utilizan bujias de volumen creciente, pasando en cada sesión dos ó tres números. Si la dilatación por este medio no da resultado es necesario recurrir al bisturí.

Se ha señalado otros inconvenientes á la extirpación total: ano irritable y doloroso; inflamación crónica del recto; neuralgias de la pelvis y de las

extremidades inferiores; prolapso de la mucosa, que se lesiona entonces facilmente, cuando la incisión circular es muy externa y no sigue el límite cutáneo-mucoso y finalmente la neurastenia.

A pesar de estos inconvenientes la extirpación total llena grandes indicaciones y no debe ser excluida. Conviene evitar el abuso; pero no suprimir el uso discreto y moderado de este precioso procedimiento quirúrgico.

¿Qué procedimiento aconsejamos para tratar las hemorroides? Como hemos dicho ya todos son buenos, presentando sus ventajas é inconvenientes, de modo que es imposible ser exclusivista y embanderarse ciegamente por uno ú otro. La elección debe ser hecha para cada caso teniendo en cuenta el estado general y local del paciente y consultando entonces las probabilidades de éxito para los distintos procedimientos. Trataremos de indicar la senda á grandes rasgos, dejando al criterio y á la práctica personal de cada operador los detalles.

1.º Cuando las hemorroides no molestan mucho al paciente, no provocan hemorragias ni dan lugar á complicaciones conviene no operar: basta entonces el tratamieuto médico.

2.º Cuando, por cualquiera de las circunstancias que acabamos de enumerar, la operación se impone conviene:

a) En caso de hemorroides externas ó internas aisladas, sin alteraciones importantes de la mucosa anal: la inyección esclerógena ó la extirpación parcial.

b) Cuando las várices son múltiples, formando tumor hemorroidario; cuando hay lesiones extendidas de la mucosa y en los nœvoides de los autores ingleses: la extirpación total.

Puede utilizarse la cauterización para los casos de hemorroides externas aisladas y como complemento de la extirpación parcial.

CAPITULO VII

OBSERVACIONES CLÍNICAS

A continuación voy á exponer algunos casos que he intervenido en la sala V del Hospital Pirovano, bajo la dirección de su jefe el Dr. Juan B. Emina, para dar una idea de las indicaciones operatorias y resultados obtenidos en diversas circunstancias.

Para la elección del procedimiento operatorio he procedido siempre de acuerdo con las reglas ya expuestas y el resultado ha sido completamente satisfactorio en todos los casos, no teniendo que lamentar sobre un buen número de intervenciones, ningún incidente de importancia.

Citaré casos de extirpación total, parcial y de inyección esclerógena, tratando de hacer resaltar la importancia de éstas, que habitualmente se desconoce, cuando son bien aplicadas.

I

C. V., 38 años, argentino, casado, agente de policía.

Hombre bien conformado, con escaso panículo adiposo y buen desarrollo muscular. Habitualmente sano no recuerda más enfermedades que el sarampión y algunos resfríos.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

En los últimos años ha tenido varias crisis hemorroidarias y con frecuencia pérdidas sanguíneas por el ano en el momento de las deposiciones y dolores que le molestan ahora para el desempeño de su puesto y que le han obligado á ingresar en la sala de cirugía.

Al examen del ano encontramos algunas hemorroides externas, submucosas, insignificantes. En cambio las hemorroides internas son gruesas y múltiples y la mucosa que las separa está roja y vascularizada. Es un tumor hemorroidario casi contínuo en todo el contorno del ano.

Se prepara al enfermo con purgantes y enemas cinco días antes de la intervención, administrándose el extracto de opio desde el día que la precede.

Operado el 17 de Marzo del corriente año. Anestesia general clorofórmica. Dilatación instrumental. Siguiendo la técnica de Whitehead, modificación Delorme, reseco tres centímetros de mucosa anal

hemorroidaria con alguna dificultad, porque hay adherencias firmes al plano muscular en muchos puntos· Después de sutura al catgut coloco un tubo de drenaje, recubierto de gasa con vaselina esterilizada, algodón aséptico y una venda en T.

Se sigue administrando 0.10 grs. de extracto tebaico y cambiando el apósito diariamente.

Abandona la sala curado, con cicatrización linear perfecta, obtenida por primera intención y continencia absoluta,

II

R. P., 23 años, español, mecánico, soltero.

Ingresa á la sala V del Hospital Pirovano en el mes de Marzo ppdo., trayéndonos el diagnóstico de hemorroides.

Desde hace varios años ha tenido á largos intervalos pequeñas hemorragias, pero ahora sus hemorroides hacen procidencia en el momento de las deposiciones, viéndose obligado el paciente á reducirlas después. Aparecen entonces dolores, cuya intensidad va aumentando por grados, hasta hacerse muy agudos á los quince ó veinte minutos, calmándose en seguida paulatinamente. Esta escena, que se reproduce á cada evacuación de su ampolla rectal, le hace temer y retardar el momento de la defecación.

El diagnóstico de hemorroides internas proci-

dentes con fisura del ano se impone por esta simple historia que nos hace el paciente de sus dolencias y es confirmado por el examen del ano. Los paquetes hemorroidarios son poco numerosos; pero la mucosa que los recubre hace prolapso con facilidad bajo la influencia de los esfuerzos. Decidimos por esto hacer la extirpación total.

Siguiendo la misma técnica empleada en el caso anterior opero á este enfermo el 18 de Marzo. Anestesia general. Dilatación instrumental. La disección de la mucosa se hace con toda facilidad, el borde inferior y la cara interna del esfínter aparecen bien disecados é intactos. La operación termina rápidamente con pérdida sanguínea muy escasa.

Levantando la curación al día siguiente notamos que se ha formado un pequeño hematoma en el lado derecho y dos puntos de sutura ceden más tarde en el mismo sitio. Sin embargo la cicatrización se hace rápidamente, el resultado estético es inmejorable y el enfermo se marcha curado. La continencia es perfecta.

III

F. A., 37 años, argentino, jardinero, casado.

Hombre bien constituido y bien conformado. Habitualmente constipado, siente de tiempo atrás sensación de plenitud después de las defecaciones y falsas necesidades. Cuando estas molestias se acen-

túan expulsa con la materia fecal, mucosidades abundantes y suele sentir entonces dolores que siguen el trayecto del intestino grueso.

Ha tenido hemorragias repetidas.

Ingresa al Hospital Pirovano con diagnóstico de colitis y hemorroides, confirmado por nuestro examen. Notamos también al practicar el tacto rectal un pólipo bien pediculado, duro, de superficie lisa y muy móvil sobre su pedículo.

Opero á este enfermo el 21 de Marzo del corriente año.

Previa anestesia general la dilatación nos expone la mucosa con algunos paquetes hemorroidarios internos, poco voluminosos y un pólipo situado á tres ó cuatro centímetros del orificio anal. Tratamos las hemorroides por el método de extirpación parcial previa sutura de Gerdy, que hemos descripto en el capítulo anterior y extirpamos también el pólipo.

Abandona la sala, curado, sin que ningún incidente altere el proceso de cicatrización.

IV

A. B., 25 años, español, cochero, soltero.

Siente desde hacen varios años sensación de pesadez é incomodidad en el ano, acompañada de prurito molesto y persistente. En varias ocasiones ha sufrido fuertes dolores, prolongados por varios días, notando durante estas crisis pequeños tumor-

citos duros y sumamente sensibles á la presión, en el contorno del ano,

Las hemorragias son raras.

El paciente es hombre bien desarrollado, no presentando alteraciones viscerales de ningún género. Antecedentes personales sin importancia. Hay varios hemorroidarios en su familia.

Al examen del ano notamos dos hemorroides externas ligeramente induradas y varios paquetes internos separados por mucosa sana.

Opero á este enfermo el 3 de Junio pp. Previa anestesia clorofórmica dilato á dedo el esfínter y practico la extirpación parcial, pasando de antemano el surjet de catgut después de haber pedicu-lizado las hemorroides con pinzas de Kocher. La pérdida sanguínea es muy escasa.

Constipado el paciente por el opio durante cinco días, se evacua al sexto el intestino y el enfermo pide el alta curado de sus dolencias. Cicatrización por primera intención.

V

A. R., 42 años.

Desde la edad de 30 años, próximamente, comienza á sufrir pérdidas sanguíneas y dolores, que sobrevienen por crisis cada dos ó tres años, coinciendo con períodos de constipación y alcanzando tal intensidad que le impiden la marcha y el trabajo

y le ocasionan grandes sufrimientos en el acto de la defecación.

En el intervalo comprendido entre una y otra crisis el sujeto lo pasa bien, molestado solamente por dolores muy ligeros al defecar, acompañados algunas veces de pequeñas pérdidas sanguíneas, á las que se ha unido ahora una serosidad turbia, tendiendo á la purulencia.

Como antecedentes personales nos dice que ha tenido una pleuresía con derrame á la edad de 20 años; pero ahora se encuentra bien. Es poco bebedor y poco fumador. Mueve su vientre diariamente.

El padre y un hermano padecen igualmente de hemorroides.

Examinado el ano encontramos paquetes hemorroidarios externos é internos, tensos y dolorosos, uno de ellos, más voluminoso, ulcerado.

A pesar de encontrarse el paciente en condiciones desfavorables, le hago el 30 de Junio pp. una inyección esclerógena. A raiz de ésta desaparecen los dolores que le molestaban. Cinco días después, sin dolor ni reacción inflamatoria, evacúa el vientre bajo la acción de un purgante.

VI

A. C., 36 años, español, jornalero, casado.

Cito la historia de este enfermo por ser el único

caso en que he observado un incidente ulterior provocado por las inyecciones esclerógenas.

El paciente se presenta al consultorio externo de clínica médica, Hospital Pirovano, temporariamente á mi cargo, en Febrero del corriente año, quejándose de prurito y de dolores en el ano, ocasionados por la defecación. Ha tenido pequeñas pérdidas sanguíneas. Es un constipado habitual.

Hombre robusto, bien constituido y bien conformado. Algo bebedor. Sus antecedentes personales no tienen mayor importancia para el caso.

Al examen del ano encontramos algunos paquetes hemorroidarios externos, diseminados, y dos internos poco voluminosos.

Previa preparación del paciente por un purgante y enemas lo trato por la inyección esclerógena siguiendo, como para el caso anterior, la técnica del Dr. Roux, el 5 de Febrero del corriente año, y regresa en seguida á su domicilio.

Pocos días después ingresa á la sala V. Las hemorroides internas, en plena crisis hemorroidaria, han hecho procidencia y están estranguladas. Procedemos á su reducción, lo que calma los dolores y el malestar general del paciente, y previo reposo durante diez días, es dado de alta en excelentes condiciones, sin que haya necesidad de renovar la inyección, pues los dolores han desaparecido y los

paquetes venosos presentan menor volumen, están ligeramente indurados y poco sensibles á la presión.

Bartolomé N. Calcagno.

Buenos Aires, Agosto 25 de 1910.

Buenos Aires, Agosto 26 de 1910

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. A. C. Gandolfo, al Profesor titular Dr. D. J. Cranwell y al Profesor suplente Dr. R. S. Gómez para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón

R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Setiembre 20 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.° 2238 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones operatorias de la cura de las hemorroides.

II

Resultados de la operación de Whitehead.

III

Procedimiento de Gerdy y sus indicaciones.

BIBLIOGRAFIA

Arce José.—Tratamiento quirúrgico moderno de las hemorroides. «Anales del Círculo Médico Argentino», 1903.

Allingham.—Enfermedades del recto.

Anitua.—Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de las hemorroides.

Araujo.—Tratamiento quirúrgico de las hemorroides.

Antelo N.—Nueva técnica del método de Whitehead. «Anales de la Sanidad Militar» (1909) y «La Semana Médica» (1910).

Amaral Carvalho.—Tratamiento quirúrgico de las hemorroides.

Agnew.—Tratamiento de las hemorroides por el método de las inyecciones. («The. Ther. Gaz.», 1897.

Baumgartner.—Trat. de las hemorroides. «Semaine Medical», 1896.

Ball. Ch.—Ano y recto. Enfermedades y su tratamiento.

Boletines y Memorias de la Sociedad de Cirugía de París, 1899.

Chaput.—Terapéutica quirúrgica del intestino del recto y del peritoneo.

Courcieres.—Resultados alejados del procedimiento de Whitehead.

Delorme.—Trat. de las hemorroides, por el procedimiento de Whitehead. «Semaine Medical», 1896.

Fontan.—Tratamiento de las hemorroides por la dilatación forzada de los esfínteres del ano.

Gérard Marchant.—Cirugía del intestino grueso, del recto y del ano.

Gosselin.—Lecciones sobre las hemorroides. «Archivos generales de Medicina.

Kelsey.—Tratamiento de las hemorroides. «Amer. Journ. of. Med. Sciences», 1885 y «Revue de Chirurgie.

Lucero.—Tratamiento de las hemorroides por la dilatación forzada de los esfínteres.

Larroque.—El Whitehead simplificado. «Anales del Circulo Médico Argentino», 1903.

Montegre.—Hemorroides, París 1817.

Nannotti.—Contribución al estudio de la patogenia de las hemorroides.

Palma P.—Curación radical de las hemorroides. «Anales del Círculo Médico Argentino», 1895.

Picqué.—Tratamiento de las hemorroides. «Semaine Medical», 1898.

Quénu.—Estudios sobre las hemorroides. «Revue de Chirurgie», 1893.

Quénu-Hartmann.—Cirugía del recto.

Roux.—Tratamiento mixto de las hemorroides. «Semaine Medical», 1895.

Ricard.—Tratamiento de las hemorroides. «Gazzete des Hopitaux», 1895.

Rañó.—Hemorroides, 1908.

Rezabal.—Tumores hemorroidarios y su cura radical. Proc. de Whitehead.

Schwartz.—Tratamiento de las hemorroides. «Revue [General de Clinique y de Therapeutique», 1899.

Schwartz.—Hemorroides desarrolladas alrededor de un absceso. «Revue de Chirurgie».

Vercesco y Potarca.—Sobre un nuevo procedimiento operatorio de las hemorroides.

Virdia.—La cirugía del recto y del ano.

Villard y Desgouttes.—Tr. de las hemorr. por la excisión circular total. «Revue de Chirurgie», 1909.

Whitehead.—Tratamiento quirúrgico de las hemorroide.

Le Dentu y Delbet: Trat. de cirugía.—*Tillaux:* Clínica quirúrgica.—*Duplay:* Clinica quirúrgica.—*Forgue:* Patología externa. —Prosectores de París.—*Testut:* Anatomía normal.—*Tillaux:* Anatomía topográfica.—*Testut y Jacob:* Id.—*Coyne:* Anat. Patológica.—*Von Bergmann y v. Bruns:* Tratado de cirugía clínica.—*Gastón Lyon:* Clínica terapéutica.—*Monod y Vanverts:* Técnica operatoria.—*Lejars-Marion:* Técnica quirúrgica.—*Cruveilhier:* Anatomía patológica.—*Ricard y Launay:* Técnica quirúrgica.—*Nelaton:* Patología quirúrgica.—*Duplay y Reclus:* Tratado de cirugía.—*Laurent:* Anatomía clínica y técnica operatoria—*Reclus:* Clínica quirúrgica de la Pitié.—*Tuffier y Desfosses:* Pequeña cirugía práctica.—*Tillmanns:* Patología quirúrgica general y especial.