

- H E M O R R O I D E S -

Contribución a un procecimiento operatorio  
para su cura radical.

-----

Trabajo que para obtener el grado de  
Bachiller presenta el ex-alumno de 7º  
año José Dario Torres.

-----

Lima, 1º de Abril de 1919.

524

Josi Dano Torres  
- Hemorroides -

- 1919.

Resumen:

Temas Cateadráticos:

A nuestro paso por las diversas clínicas y servicios hospitalarios como alumno de esta Facultad, siempre llamó nuestra atención el gran número de enfermos portadores de hemorroides así como la pequeña proporción de operados de esta afección que figura en los libros estadísticos de los servicios de cirugía, e investigando pacientemente la causa manifiesta de esta desproporción hemos llegado a la conclusión de que tres factores son los que influyen poderosamente en nuestra población hospitalaria, para no entregarse a manos de los cirujanos que podrían rápidamente poner término a su afección.

1°. - La creencia de que pueden por medios medicamentosos y prácticas sencillas, a veces perniciosas, y que están a su alcance, poner fin a su enfermedad.

2°. - Muy pocos, felizmente, la suposición de la beneficiosa acción de esta enfermedad que consideran, como una válvula de seguridad para su organismo y que los pone a cubierto de muchos peligros.

3°. - El temor a las intervenciones quirúrgicas debido a la falta de cultura adecuada y a la consecuencia necesaria de la intervención, la hospitalización, que, en los hombres, supone una gran pérdida de tiempo y que consideran no estar en relación con la importancia de su enfermedad; y, en las mujeres, la separación del hogar, el temor al sufrimiento, el pudor y la timidez propia de su sexo.

De estos tres factores que hemos mencionado, el primero nos parece ser el que en mayor escala, impide que muchos enfer-



deben ser operados con la frecuencia proporcional al número abundante de quistes que éstos se encuentran.

Por lo demás, tratase de una afección en que el enfermo tarde siempre en ir o ver al cirujano; no decidiéndose a ello, hasta que sea imposible la curación por todos los medios que ha tenido al alcance de su mano y después de haber agotado toda la terapéutica medicamentosa a la vez que observa la rebeldía y la progresión constante de su mal, decepcionado al esperar una mejoría que muy lejos de aparecer siente constantemente alejarse.

Ahora bien, en el momento actual, el tratamiento médico de las hemorroides no es permitido, sino dentro de ciertos límites pues no solamente es paliativo, anódino o ineficaz, sino que, generalmente, es aplicado por el paciente mismo, el cual ageno a las más rudimentarias prácticas de asepsia y antisepsia, usa de él en la forma que más le conviene, causando siempre la agravación de su mal y cuando decide ir adonde quien puede poner fin a los males, que le empujaban la existencia, éste tiene que empezar por ponerlo en condiciones, de poder intervenir con garantía de éxito, después no pocas veces, de grandes trabajos.

En nuestro concepto, el tratamiento médico debe concretarse a ser el de preparación, para la intervención quirúrgica, aquel que ponga al enfermo en condiciones de operabilidad, antes de una nueva crisis y que lo ponga al abrigo de infecciones y no esperar el regreso de éstas, porque esperar conforme sostienen algunos partidarios de la no intervención, el ir tomando paciencia, equivale a comprometer al porvenir del enfermo y en algunos casos aún la vida de los que se confían a sus cuidados y conocimientos.

Admisible en una época, en que las más pequeñas intervenciones



nes constituían operaciones graves, con gran mortalidad; en la actualidad no puede sostenerse, hoy que la asepsia se aplica rigurosamente, que los perfeccionamientos de las técnicas operatorias, la simplicidad de estos y que se trata de hacerlos mas accesibles, hace que las intervenciones sean de gran benignidad y que en la materia de que nos ocupamos, el tratamiento médico sea abandonado para dar sitio al quirúrgico que realiza la curación radical.

En este trabajo que en cumplimiento de prescripciones reglamentarias presentamos a consideración de la Facultad y del que descartamos toda pretensión de originalidad, me es más, que la descripción de un método operatorio, por la cura de las hemorroides, observado y practicado por nosotros durante nuestra permanencia en el internado del servicio de cirugía del Profesor Dr. Juvenal Denegri, en el Hospital "Santa Ana"; métodos de los que somos entusiastas partidarios convencidos de su eficacia y de sus admirables resultados, así como de la sencillez de su técnica, que lo pone al alcance de cualquier profesional, que muchas veces no puede disponer del material quirúrgico necesario que requieren otros procedimientos y que se ven obligados por la fuerza de las circunstancias a usar de métodos paliativos en lugar de una intervención radical.

El procedimiento del Profesor doctor Denegri, fué presentado a la consideración del 5º Congreso Médico Latino Americano, y mereció entera aprobación de parte de los esclarecidos miembros que componían la sección de Cirugía. Posteriormente el autor ha introducido ciertas modificaciones que simplifican más aún dicho procedimiento, y ha querido que nosotros, seamos los que las demos a conocer, por lo que quedamos agradecidos a tan señalada distinción.



Para precisar mejor el propósito en este sentido, me permite, aunque sea someramente, ocuparme de la Anatomía de la región la etiología de la enfermedad y más de su patogenia, sintomatología diagnóstica, así como una exposición de los tratamientos usados, pues esos preliminares me servirán para ser acertado tal vez en mis conclusiones.

#### - ANATOMIA -

La región ano-rectal es el asiento de las hemorroides, entran en su constitución dos formaciones anatómicas; el orificio anal, y la última porción del recto o recto perineal.

El recto perineal representa el conducto evacuador del reservorio de la ampolla; está dirigido hacia atrás y hacia abajo y su eje forma ángulo recto con el de la porción pelviana; además de hallarse rodeado de abundante y fuerte musculatura formada por el músculo elevador del ano y del esfínter externo se encuentra envuelto por una abundante atmósfera grasosa, que llena las amplias excavaciones de las fosas isquis-rectales, las que se extienden hacia atrás del recto.

La formación que nos ocupa presenta diferentes relaciones al tratarse de los dos sexos, de las que la más importante es sin duda la relativa a su cara anterior.

En el hombre, la cara anterior del recto perineal se separa de la próstata y forma con la parte posterior de la porción esponjosa de la uretra que se dirige hacia adelante y abajo, un triángulo lleno de tejido celular, llamado triángulo recto uretral y del cual la base está formada por el periné, la cara posterior por la pared anterior del recto y la anterior por el bulbo de la uretra; en este triángulo es el sitio donde se encuentran todos los músculos del periné, por lo cual es de la mayor importancia quirúrgica.



gica.

En el plano superficial tenemos al esfínter del ano, el músculo bulbo-cavernoso y el transverso superficial en el plano profundo el elevador del ano y el transverso profundo, además las glándulas de Cooper, los vasos hemorroidales inferiores y el nervio hemorroidal. Le del recto cambia bruscamente y se continúa en recto.

En la mujer, la pared anterior del recto se une a la cara posterior de la vagina, formando el tabique recto-vaginal. También en su parte inferior se amplía y forma el triángulo recto vaginal, por encima del suelo de este triángulo, se entrecruzan las fibras del constrictor de la vagina y las del transverso superficial.

Hasta la región que nos ocupa no desciende el peritóneo, pues el fondo de saco de Douglas queda de 5 a 7 centímetros por encima del ano en el hombre, y de 5 a 6 en la mujer, pero puede estar o mayor o menor distancia, pues las variaciones individuales son enormes; sin embargo, hay que tener presente que en el recién nacido el peritóneo desciende mucho y que puede persistir esta variedad durante la vida, como lo afirman Rixogoff y Zierenspeck que lo han encontrado llegando hasta el ano.

El recto perineal está mantenido fijo en la posición que ocupa, gracias a numerosos y fuertes medios de fijación que son: 1° su vaina fibrosa (fascia-rectis); 2° los vasos hemorroidales inferiores que rodeados de formaciones fibrosas muy resistentes limitan sus movimientos; y 3° el plano muscular perineal que le rodea y en el que se entrecruzan fibras musculares procedentes de estos planos y las musculares que procediendo del recto van a perderse en el suelo pelviano.

El exacto conocimiento anatómico de esta importante parte del tubo digestivo es de suma importancia para la clase de inter-



venciones que se realizan en ella, pues de no serlo así, el enfermo queda inutilizado para el resto de sus días.

El límite superior del recto perineal está constituido por un plano que pasa por la convexidad de las válvulas de Morgagni (línea ano-rectal); esto es, una línea en la cual el epitelio cilíndrico simple del recto cambia bruscamente y se continúa en epitelio estratificado pavimentoso; sobre las columnas y en los intervalos que existen entre éstas, continúa cilíndrico.

Las columnas de Morgagni están situadas a 1 cm y 1/2, más o menos, por encima del orificio anal y están constituidas por pliegues de la mucosa de dirección transversal.

La otra formación anatómica es el ano, que es el orificio terminal del tubo digestivo y que corresponde al punto de unión del recto con la piel, provisto como sabemos de un aparato esfinteriano, cuyo papel es de gran importancia; forma, por decirlo, el esqueleto del ano y tiene por objeto evitar la incontinencia de las materias fecales y de los gases; la que sobreviene en caso de lesión de algunos de estos músculos o parálisis de esta zona muscular. Al condensarse las fibras lisas circulares de la última porción del recto forman el esfínter interno, músculo de medio centímetro de espesor y de cuatro a cinco de altura; estas fibras, se entrecruzan con algunas fibras longitudinales y se van a fijar en rededor del orificio anal, implantándose solidamente en el dermis. Por su parte superior el esfínter interno se continúa sin demarcación precisa con las fibras circulares del recto; pero en el individuo sano y sensible al dedo que explora, se comprueba con claridad una sensación de brida superior, franqueada la cual, ya



no hay resistencia. El borde inferior corresponde a la piel de la margen del ano, un poco por debajo de su unión con la mucosa anal, sobre este músculo la voluntad no puede ejercer su acción.

El esfínter externo están constituido por fibras estriadas y concéntricas; es un músculo dependiente de la voluntad, que se inserta atrás en el rafemedio, que partiendo del coxis, se dirige hacia el orificio anal, las fibras estriadas de este músculo se separan bien pronto en dos mitades que rodean el orificio anal, para reunirse en seguida ante este orificio, continuándose en el hombre con el músculo bulbo-cavernoso, y con el constrictor de la vagina en la mujer, por lo cual es sinérgica la acción de estos músculos. La cara externa de este músculo está en relación con la capa celulo-adiposa que llena la fosa isquio-rectal; mientras que su cara interior la realiza con el esfínter interno; inmediatamente por debajo de dicho esfínter con la mucosa del recto y con el plexo venoso hemorroidal.

Desciende entre los dos esfínteres un paquete más o menos considerable de fibras longitudinales, que en parte proceden del recto y en parte del músculo elevador del ano; las fibras internas de este músculo vienen a terminarse en gran parte sobre la piel y uniéndose con las que proceden del recto dan lugar a la formación de los pliegues irradiados y que se han designado bajo los nombres de levator ani proprius los anteriores, y de retractor ani los posteriores: estos últimos se extienden en dos divertículos desde el sacro y el coxis a la piel de la margen del ano y al esfínter interno.

Otro músculo de importancia en esta región es el elevador del ano, verdadero diafragma péviano, que separa las fosas isquio-rectales o espacio pelvi-rectal inferior del espacio pelvi-rectal su-



perior, que es sub-peritoneal; este músculo está reforzado por la aponeurosis perineal profunda que cubre su cara superior.

Unas de las mas importantes formaciones anatómicas de esta región es sin duda la red circulatoria, sobre todo la venosa, por ser el asiento de una de las afecciones mas comunes: las hemorroides, y es por esto que vamos a dedicarle nuestra atención, tratando de sintetizar de la mejor manera que nos sea posible, lo mucho que de ella se ha escrito.

Red arterial. - Las arterias son poco voluminosas, pues su diámetro no pasa de 1 m.m. a 1 m.m. y  $1/2$ ; nacen en su mayor parte de las hemorroides inferiores, que a su vez son emanadas de las pudendas internas y se dirigen hacia adentro y abajo atravesando la cavidad isquio-rectal, acompañadas de una vaina celulo-fibrosa, anastomazándose con la terminación de la sacra media y con las otras hemorroidales; hemorroidales superiores las más considerables ramas terminales de la mesentérica inferior, y hemorroidales medias que parte directamente de la hipogástrica.

Red venosa. - Las venas de la porción anal tienen por origen el plexo hemorroidal; esta red venosa es submucosa y ocupa la parte más elevada de la región anal o sea la zona columnar, en una altura de 3 cm, más o menos, y su límite inferior está situado a 1 c.m. por encima de la parte cutánea; estas venas están desprovistas de válvulas y son voluminosas friables y fáciles.

En el plexo hemorroidal toman origen, como ya hemos dicho, las venas; entre estas las hemorroidales superiores se dirigen hacia arriba haciendo su recorrido por debajo de la mucosa, perforando la túnica muscular y constituyendo el origen de



de la mesentérica inferior vierten por ese intermedio su contenido en la vena porta.

Las venas hemorroidales medias menos importantes rara vez intervienen en la estructura anatómica del recto perineal. A veces lo hacen por simples ramísculas, que nacen inmediatamente por encima de la inserción del músculo elevador. Su principal origen está en la vejiga, en las vesículas seminales en la próstata en el hombre; en la vagina y útero, en la mujer.

Las venas hemorroidales inferiores, que acompañan a las arterias del mismo nombre, reciben la sangre de la proporción perineal del plexo hemorroidal. Nacen de la mucosa rectal por numerosos ramísculos, que siguen diferentes trayectos: 1° - ramas que pasan por el borde superior del esfínter externo; 2° - ramas que atraviesan el espesor de los esfínteres (Vernieuil y Duret atribuyen a esta ramas una importante participación en la patogenia de las hemorroides); 3° - ramas que contornean el borde inferior del esfínter externo, y que no atraviesan ninguna fibra muscular.

Las venas hemorroidales correspondientes al sistema de la cava se diferencia de las que están en conexión más directa con la circulación porta de las que constituyen sus ramas originarias, en que las primeras son valvulares y estas últimas carecen de válvulas.

Todas las venas hemorroidales, están ampliamente anastomosadas entre si; las superiores entre ellas y con las hemorroidales medias, a la vez que con los plexos venosos prostático, en el hombre y vaginal en la mujer, y ambos sistemas con las hemorroides inferiores, por ramísculos peri-esfínterianas y por la red perianal. Estas anastomosis supra, infra, trans, y peri esfínterianas de la extremidad inferior del recto es uno de los puntos en que la



circulación porta y cava se anastomosan más ampliamente y de este modo aseguran una circulación fácil y amplia entre estos dos importantes sistemas.

## - ANATOMIA PATOLOGICA -

Si se atiende a la etimología hemorroides, significa flujo de sangre y por consecuencia es sinónima de hemorragia. La pérdida de sangre es el síntoma que más llama la atención y es por esto que queriendo recordarlo se ha dado el nombre a la enfermedad de que estamos tratando. En los albores de la medicina la denominación de hemorroides, fué aplicada a pérdidas sanguíneas que tenían por origen sitios distintos de la región del ano, y así señalaban hemorroides nasales, bucales, estomacales y uterinas, con las que se denominaban las hemorragias de estos distintos órganos y que obedecían a las mas variadas causas etiológicas y patogénicas.

Más tarde, los autores discreparon sobre si la palabra hemorroides debía de ser consagrada para designar solamente la dilatación varicosa de los vasos del ano, o si debía designarse con este nombre a la pérdida sanguínea proveniente de la ruptura de estas várices, lo cual no se ha dilucidado hasta hoy; al presente todos los tratados de medicina y cirugía definen las hemorroides diciendo que son varices de las venas hemorroidales, con lo cual parece que se ha aceptado la primera de las opiniones.

Desde los más remotos tiempos, todos los que a las ciencias médicas se dedicaron, expusieron distintas y extrañas teorías para explicar la formación y la aparición de las hemorroides. Es necesario llegar hasta Larroque y Recanier para encontrar una teoría regularmente aceptable; estos autores las consideraban como quistes sanguíneos del tejido celular, teoría que, como dicen Delber y Brechet "es una teoría muy singular y de la que ya se ha he-



che justicia". El Profesor Guillermo Altighan distingue en su famoso "Tratado sobre enfermedades del recto" tres variedades de hemorroides: venosas, capilares y arteriales. Molliere que participaba de la misma opinión del profesor inglés, cree que no solamente existen esas tres variedades sino que sostiene la transformación de unas en otras.

Sería muy largo enumerar todas las teorías mas o menos ingeniosas y sostenidas por sus autores con gran brillantes en la exposición y con gran acopio de detalles, pero todas fueron destruidas por los estudios anatómicos posteriores. Los trabajos de Smith y de Verneuil y en particular los de Gosselin sobre cadáveres en los que inyectaban las venas y la disecaban y más tarde, la observación microscópica de los cortes de los paquetes hemorroidales y de sus alteraciones histológicas hechas por quien han dado un gran impulso al estudio anatomo-clínico de la afección que nos ocupa.

De estas observaciones se desprende una clasificación puramente anatómica y clínica de las hemorroides, en externas e internas según que interesen a las venas hemorroidales inferiores, subyacentes al esfínter o al origen de las mismas venas y a las hemorroidales superiores.

Las hemorroides externas son consideradas por quien como varices permanentes, de las venas anales subyacentes al borde inferior del esfínter interno; y a las hemorroides internas las considera como varices que se observan en toda la extensión del dicho esfínter y por encima de él. Estas últimas difieren de las primeras además de su punto de origen por la forma que adquieren; en las últimas es la de un cono vascular de base inferior, mientras que en las externas, este cono es mas irregular y de dirección a veces transversal con dilataciones mas o menos marcadas pero siempre mas vo-



luminosas 4 a 6 m.m. de diámetro, en tanto que en las hemorroides internas estas dilataciones venosas miden solo de 2 a 3 m.m., rara vez más.

Sin dejar de aceptar el interés de esta clasificación anatómica que es a la vez la más clínica, no se debe de olvidar la importancia que tienen los procesos patológicos que se producen en los paquetes hemorroidales, reconociendo como causa de las modificaciones de forma y estructura de las hemorroides externas a la inflamación que modifica a la vez, el contenido, el tejido que los envuelve y el tegumento que los reviste.

La región anatómica que es asiento de las hemorroides, tiene límites más o menos precisos, aunque no exactos, ya la hemos descrito al exponer la parte anatómica. En realidad esta zona corresponde a lo grueso de la lesión viniendo a ser el asiento de los paquetes hemorroidales, pero por fuera de estos límites, pueden encontrarse alteraciones de las venas que de ellos emergen.

En términos generales, la lesión hemorroidal está representada por un repliegue de la mucosa ano-rectal más o menos modificada, con alteraciones de estructura de las venas que encierra y de los vasos resistimiento.

Los vasos venosos, sufren modificaciones durante la evolución del proceso hemorroidal, y sobre todo en cuanto a su grosor y longitud; el vaso se ensancha y se alarga, volviéndose flaccido, a la vez que sus paredes sufren alteraciones que varían según el grado que haya alcanzado el proceso patológico.

Al iniciarse el proceso, la vena aumenta de volumen conservando sus paredes, un espesor, que está en proporción al calibre que ha llegado a tomar, gracias al proceso hipertrofico de la fibra muscular y al trabajo de hiperplasia conjuntiva; que se inicia en



la parte interna de la túnica media. Las otras túnicas que entran en la constitución de la pared vascular no sufren alteración alguna pues no toman parte en el proceso en su iniciación.

Pero conforme sigue la evolución de desarrollo, el tejido conjuntivo invade el espesor de la túnica media, a expensa de los elementos musculares que se van atrofiando; existe entonces, un proceso fibro escleroso y las paredes del vaso que han perdido su elasticidad y su poder contractil, se adelgazan al mismo tiempo, que van cediendo al empuje constante de la presión sanguínea, en puntos más o menos limitados o sobre toda su circunferencia; de esto nacen dilataciones poliformes según la mayor o menor parte de la pared que ha cedido y de la época en que ha verificado esta claudicación; estas dilataciones toman diferentes formas y pueden ser ampuladas, circunferenciales, fusiformes y cilíndricas.

Los tejidos circunvecinos, no quedan indiferentes al proceso que se está generando en sus inmediaciones, estos tejidos directamente influenciados por las flebitis y periflebitis repetidas; a que están sometidos los vasos, hace que el tejido conjuntivo que rodea estos vasos, sufra un trabajo de esclerosis análogo al que previamente experimenta la pared venosa y termina por confundirse con aquella.

Las alteraciones de la mucosa son bien manifestas a la simple vista; aparece mas vascularizada que en estado normal y adherida a los paquetes hemorroidarios, sufre una transformación cavernosa y hay infiltración leucocitaria y embrionaria, proceso de marcha crónica que termina por la esclerosis difusa, desapareciendo toda delimitación precisa, entre la mucosa y las capas subyacentes, volviéndose fibrosa en su totalidad.

Solo las glándulas permanecen generalmente indemnes, pues las lesiones son peri-glandulares, salvo el caso en que haya ulceraciones, y entonces quedan comprometidas.



Por lo demás, los accesos inflamatorios determinan, en muchos casos, procesos de trombo flebitis que terminan por varios modos: por resolución, por necrosis o supuración o por la organización que hace desaparecer la luz del vaso; y el tumor hemorroidal queda reducido a un pequeño nódulo fibroso.

Estas lesiones se combinan en grados diversos; pueden interesar un solo vaso, como pueden interesar gran número de ellos; generalmente hay dos o tres paquetes venosos comprometidos y con lesiones apreciables; pero también hay casos en que todos los paquetes venosos del contorno del ano están tomados, formando un tumor hemorroidal circular. Entre estos dos grados extremos, se encuentran como es natural todos los intermedios.

### - ETIOLOGÍA -

De las afecciones de la última parte del tractus intestinal, es sin duda la más frecuente, pues aunque nos parece un poco exagerado la opinión de Allingham que asegura que raramente se llega a la edad media de la vida sin haberlas tenido, su proporción es mucho mayor que la que acusan las estadísticas, como ya lo hemos dicho al principio de este trabajo y que es sin duda debido a que muchas personas soportan las molestias ocasionadas por este mal sin recurrir a los facultativos, sea por negligencia, temor o pudor, o también por las otras causas de que ya hemos hecho mención.

Esta afección es muy rara en los niños; sin embargo Ball Ogston y Lanclonson citados por Quenu y Marteau (Cirugía de rectum) han comprobado su presencia en niños recién nacidos. Es la época media de la vida en que la aparición de las hemorroides se verifica entre los 20 y 40 años en que se verifica, según la mayoría de los autores; esto no



quiera decir que no se presenten por fuera de estos límites, pero que su presencia máxima se presenta al rededor de esta edad.

Con respecto al predominio de las hemorroides en uno y otro sexo, las opiniones están divididas. Ball cree que son más frecuentes en el hombre; otros, entre los que está Grisolle, dicen que su presencia es mayor en las mujeres; algunos cirujanos presentan en sus estadísticas casi la totalidad de hombres entre los pacientes de esta enfermedad; los ginecólogos y parteros nos dicen, en cambio, que son más comunes en la mujer y que éstas las ocultan por razones fáciles de comprender y por que su género de vida les permite soportarlas; en muchos casos, según Badin un tercio de las mujeres embarazadas padecen de hemorroides; Debet y Brelot opinan por que la proporción en ambos sexos sería la misma.

Un factor etiológico al que se ha atribuido las hemorroides, es la herencia; la cual en nuestro parecer es de muy escasa importancia; Chaput dice que es debida a debilidad congénita de la red venosa hemorroidal.

El profesor Lancereaux atribuye papel importantísimo y primordial al sistema nervioso y considera las hemorroides como trastornos tróficos. También algunos autores dan importancia al clima y se afirma que los climas calientes y húmedos predisponen al padecimiento de las hemorroides.

La constipación crónica es un factor etiológico conocido desde muy antiguo, es un antecedente casi constante y de gran importancia el estancamiento de materias fecales en la última porción del intestino, lo cual tiene un efecto y una acción incontestable. Obra determinando alteraciones en la circulación venosa y provocando erosiones de la mucosa anal, que no son otra cosa que puertas abiertas a la infección, factor de importancia capital en la patogenia de las hemorroides.



Para algunos autores la alimentación abundante tiene valor etiológico, algunos creen que la plétora abdominal determinaría una hipertensión, circunstancia fundamental para los que sostienen la teoría mecánica en su producción. Otros tratan de explicárselas, por la reabsorción de toxinas de origen alimenticio que introducidas en el torrente circulatorio irritarían las paredes venosas.

Además, se señala como causa de la producción de hemorroides, el abuso de purgantes sobre todo de los drásticos por las numerosas cámaras que producen lo cual irrita la mucosa anal y favorecen las infecciones y como consecuencia de estas la flebitis. También se atribuye las hemorroides a la falta de cuidados higiénicos apropiados, a las irritaciones anales, los excesos venereos y la vida sedentaria, así como a ciertas profesiones que obligan estar de pie durante mucho tiempo y que obrarían por ectasia venosa.

Todo lo que acabamos de decir se refiere a las hemorroides idiópáticas; en cuanto a las hemorroides sintomáticas acompañan a ciertas enfermedades de las cuales no son sino un mero síntoma, se pueden presentar como manifestación de enfermedades de los órganos pelvianos, de los órganos abdominales y de los torácicos; cualquier proceso patológico que se produzca en estos órganos repercute en la red venosa anal, de preferencia aquellos que se desarrollan en el intestino y en los órganos genito-uritarios, que determinan trastornos circulatorios locales por espasmo o compresión.

En cuanto a la repercusión que pudieran tener afecciones de órganos mas alejados, como el hígado, es cosa que en la actualidad es materia de discusión y hay opiniones contradictorias a pesar de la opinión de J. L. Petit que dice: "La obstrucción del hígado es para las venas hemorroidales lo que las ligas muy apretadas a las venas de la



pierna o lo que la ligadura para las venas en que se sangra". Mas en duda se considera la acción de las afecciones renales y esplénicas sobre todo las neoplásicas a las que se atribuían antes gran número de hemorroides. Sin embargo, parece evidente que las afecciones pulmonares y cardíacas desempeñan un gran papel productor de hemorroides al determinar ectasia del sistema venoso por alteración de la circulación general.

Quémase cree mas bien, que se puede incriminar ciertas afecciones de la próstata y uretra, así como del útero, a las hemorroides que pueden influir propagándose a los plexos venosos vecinos, con los que están en conexión y que pueden ser así el punto de partida de inflamaciones uretro-vesico prostáticas o de inflamaciones útero-anaxiales.

### - P A T O G E N I A -

*afe*

La patogenia de esta acción es todavía punto de discusión actual: mucho se ha escrito sobre tan importante tema y continúan las controversias sobre las causas que determinan la formación de las varices hemorroidales. Las teorías más diversas han tratado de dar explicación al problema patógeno de enfermedad tan generalizada, por lo mismo que se toman como base puntos de vista variados en su génesis, no pudiendo explicar cualquiera de ellos la totalidad de los casos.

Vamos a hacer una ligera reseña de las teorías más importantes, tratando de sacar de cada una lo que la práctica y estudios posteriores más concienzudos han consagrado como verdadero y reuniéndolas todas, tratar de explicar el mayor número de casos, única manera de acercarse a la verdad absoluta, pues de entregarnos a una por entero, no llegaríamos a alcanzar una explicación satisfactoria, a pesar de que todas ellas poseen sin duda una gran parte de verdad.



Es necesario llegar al siglo diez y ocho para encontrar una teoría que tuviera una base científica; Stahl y su escuela expusieron la teoría de la fluxión o congestiva; suponía el autor, que las hemorroides dependen de las causas más diversas, erecciones prolongadas, el uso del aloe, el abuso de bebidas alcohólicas, la ingestión de grandes cantidades de alimentos, etc., producían congestión de las venas hemorroidales, y que estas fluxiones verificaban cierta alternancia con la gota, el asma y el reumatismo. Además, el autor sostenía el papel saludable que desempeñaban las hemorroides y las comparaban a la menstruación y opinaba que ciertos individuos plétóricos se exponían a males a plenitud de la pelvis y aún a peligros mayores cuando no se presentaban pérdidas sanguíneas periódicas al nivel de sus hemorroides.

Por lo demás, es muy cierto que los fenómenos congestivos desempeñan un gran rol en el proceso hemorroidal, pero no nos prueba nada respecto a que ellos pueden ser causa o efecto.

Tiene esta teoría, el grave inconveniente de no explicar nada, respecto a la causa y el modo de actuar ni sobre la localización de estas fluxiones. Efectivamente el elemento congestión juega un papel importante, pero dicha constatación no da ninguna luz para aclarar el problema de su patogenia.

La Teoría mecánica gozó de mucho crédito, puesto que contó como sostenedores a Gosselin, Vernieuil, Esmarch y Durot; partía como suposición que el éxtasis venoso es debido a la hipertensión y atribuye como causa de ésta a ciertas particularidades de la circulación ano rectal, a saber; 1° - la acción física de la gravedad; 2° - la falta de válvulas en el sistema porta; 3° - el peso de estos vasos a través de la capa muscular en que forma verdaderos ojales contractiles y que son lo suficientemente capaces para entorpecer la libre circulación; 4° - la



acción del bolo fecal, que al descender, rechaza la sangre hacia el ano. Duret agregó un argumento anatómico más y al que se le consideró de un gran valor en apoyo de la teoría mecánica y que ha sido invocado para explicar los efectos de la dilatación forzada, cuando se pretendió erigirla como tratamiento curativo radical: la independencia de las circulaciones anal y rectal las que estarían anastomadas solamente por conexiones transesfinterianas en el momento de la defecación el esfuerzo determinaría fenómenos de hipertensión en las ramas intermediarias del lado de circulación porta, pero una vez relajado el esfínter, estas permitirían el libre paso de la sangre, estableciendo una derivación hacia el sistema de la cava. Ahora bien, si los fenómenos de contractura persisten las ramas se obliteran de una manera mas o menos definitiva, la tensión aumenta en las venas hemorroidales y se instala la flebeectasia.

Esta teoría peca por su base, pues estudios anatómicos posteriores muestran que hay comunicaciones muy vastas y tan amplias que aún en el supuesto que la acción de las fibras musculares sea tan poderosa y que actúe tan eficazmente sobre las ramas transesfinterianas, la red restante bastaría para establecer la derivación sanguínea.

La teoría inflamatoria o infecciosa o de la alteración previa de la pared vascular es sostenida por Quémé el que atribuye a la acción mecánica un papel secundario y sostiene que la causa primera, en la generalidad de los casos, es la alteración previa de la pared, debido a un proceso flebítico de origen infeccioso, provocado por cualquiera de los gérmenes que pululan en la última parte del tramo intestinal, sobre todo por el bacilo coli y por los piógenos. Estas infecciones serían favorecidas por las condiciones particulares de la región y teniendo como coadyuvante eficaz la constipación siempre presente de que padecen estos enfermos.



La teoría sustentada por Luéna ha sido rebatida por muchos autores y la objeción más seria que se ha hecho es: que como siendo el varicocelo y las varices de los miembros inferiores procesos absolutamente idénticos bajo el punto de vista anatómo-patológico, la causa de ellos no puede atribuirse a la infección.

Lo posible es que la infección sea secundaria y que la enfermedad haya permanecido latente y que el proceso infeccioso sea que el que ponga de manifiesto una lesión que se ignoraba.

Otras teorías han sido lanzadas para explicar las hemorroides, para algunos observadores, entre ellos Lelstein que han tratado de crear la "enfermedad hemorroidaria" existiría un proceso de esclerosis venosa, idéntico al de la arterio esclerosis y que tiene por origen un estado disrásico que estuviese ligado a la gota y al artritis. Lanceruax da importancia preponderante al sistema nervioso y en su concepto son las alteraciones tróficas y vaso motoras; Leonardi cree que se pueden invocar los estados neuro-patológicos; Rienzi supone que puede explicarse la patogenia de esta afección por parálisis tóxicas de los centros vaso motores causa de hiperemia neuroparalítica, la que a su vez engendraría la flebitis crónica.

Todas estas teorías expuestas a grandes rasgos, fueron las que permitieron a sus sostenedores y partidarios el explicarse la patogenia de enfermedad tan común; en el momento actual el decidirse por una sola de ellas, haciendo exclusión de las otras, nos parece muy aventurado y tal vez si hasta imposible.

¿Qué debemos de concluir frente a estas teorías? Ninguna de ellas satisface ampliamente y explica con claridad la formación de las hemorroides. Pero, sin embargo, al generalizar podemos reunir procesos como las varices de las safenas, la varicocelo y las hemorroides en procesos anatómo-patológicos idénticos, si se conciben que todos es-



tos evolucionan en la parte inferior del cuerpo, es decir en aquella parte del organismo en que la columna sanguínea tiene que luchar contra la acción de la gravedad, contando como única defensa la vis a tergo y poniendo constantemente a prueba la resistencia de sus paredes vasculares y de las válvulas venosas, detalle anatómico que falta en las venas hemorroidales superiores y que hacen más desfavorable la lucha.

Ahora bien, cuando por influencias de causas diversas, la tensión sanguínea aumenta en la circulación de retorno, se observa el aumento de volumen de las venas y este aumento de tensión es favorecido en las varices de las safenas por la marcha y en las varices de las venas hemorroidales por la constipación pertinaz que padecen esta clase de pacientes, causas sencillas de observación frecuente. De lo expuesto, en nuestra modesta opinión tiene gran parte de verdad la teoría mecánica que invocaba esto como causa única.

Pero si asiladamente estudiamos el proceso anatómo-patológico desde su iniciación en la pared vascular, podremos apreciar que la pared elástica y contractil que se encuentra sometida a una presión mayor que la normal, tiende a amoldarse al exceso de trabajo impuesto y en su trabajo de defensa reacciona hipertrofiándose del mismo modo, que se hipertrofia el ventrículo izquierdo cuando por insuficiencia de las válvulas aórticas ~~aprove~~ tiene que soportar una columna sanguínea mayor, que la que debe normalmente. Más tarde, cuando el proceso se prolonga, llega un momento en que la pared venosa claudica, la compensación se rompe y se presenta la degeneración; el tejido fibroso se empieza a insinuar envuelve y disocia al elemento noble, disminuye su vitalidad y concluye provocando su atrofia.

La pared venosa queda reemplazada por un tejido de esclerosis el que desprovisto de elasticidad y contractilidad se deja distender



gradualmente, bajo la influencia de la presión sanguínea y este es el momento en que las varices hacen su aparición, cosa análoga sucede con el sistema arterial y el corazón en condiciones semejantes. Pero el proceso de esclerosis puede aún progresar, pues el poco elemento muscular que subsiste encontrándose en pequeña cantidad y en condiciones precarias para la defensa, queda en derrota y la flebo esclerosis sobreviene bien pronto como consecuencia inevitable.

Para explicar los hechos, podemos, pues, reunir los dos factores, el mecánico y el anatomo-patológico. Las causas mecánicas tal vez favorecidas por una estructura imperfecta de la pared vascular, en individuos predispuestos o tarados, serían las que entrarían las primeras en juego como factor terreno pero que serían insuficientes por sí solas para determinar las hemorroides, pues no determinarían la flebo-esclerosis.

Por lo demás, es muy difícil conseguir sin flebo-esclerosis y sin atrofia del elemento contractil, distensión y claudicación de los vasos, salvo el caso de que las causas mecánicas sean llevadas al máximo.

No se podrá negar rotundamente que el sistema nervioso pueda intervenir en la producción de las hemorroides o que flebitis tóxi-infecciosas al debilitar las paredes, puedan provocarlas, pero solo explicarían un número muy limitado de casos.

Actualmente, la generalidad del mundo científico admite el proceso patogénico tal como lo acabamos de exponer: pero cuando las hemorroides están formadas, las alteraciones tróficas de la mucosa, las congestiones y las infecciones contribuyen a explicar los fenómenos hemorroidales, agregando nuevas lesiones o agravando las ya establecidas.



## - S I N T O M A T O L O G I A -

Los dos son los síntomas capitales y dominantes en la afección de que estamos tratando y que son manifestación bien clara en muchos casos de la enfermedad, aunque no haya paquetes hemorroidales apreciables a la vista. Son el dolor y la hemorragia.

Estos dos grandes síntomas van acompañados de otros de menor importancia y escaso valor diagnóstico; cuando tratáremos de las crisis hemorroidales los enumeraremos.

Algún tiempo después de estar constituida la flebectasia, se observa la aparición del dolor; al principio mas que un verdadero dolor, es una sensación de pesadez y de tensión en la región anal acompañada de escozor. Esta sensación subjetiva se hace mas manifiesta en el momento de la defecación sobre todo cuando el enfermo está constipado y esta sensación va acompañada de cefalea, vértigos, malestar general, obnubilaciones y zumbidos de oídos. Todos estos fenómenos son soportables durante un tiempo más o menos largo, pero poco a poco, van acentuándose y los dolores van en progresión creciente hasta alcanzar gran intensidad; son provocados por los menores movimientos, la defecación, la marcha y ya no se limitan a la región anal sino que irradian a los órganos genito-urinares, a la región lumbar, al sacro; el enfermo presa de un verdadero temor por la exacerbación o la reaparición de estos dolores retarda lo más posible la evacuación de su intestino, hace cada vez mas raras sus deposiciones voluntariamente, lo que trae como consecuencia el aumento de sus sufrimientos por la ingurgitación venosa consiguiente a esta voluntaria constipación.

El otro síntoma capital, es la hemorragia, ésta constitu-



ya el signo revelador y algunas veces único de la lesión vascular. La hemorragia se manifiesta generalmente en el momento de la defecación y son debidas al paso del bolo fecal endurecido y a su contacto con la mucosa, frecuentemente alterada por pequeñas erosiones, que llegan a veces a transformarse en verdaderas úlceras o a la ruptura de las ampollas varicosas. Con respecto a su magnitud, esta puede ser muy variable; en algunos casos solo hay pequeñas estrías sanguinolentas que apenas son perceptibles en las cámaras, hasta aquellas tan abundantes y repetidas que ocasionan anemia profunda y producen verdadero aniquilamiento del sujeto.

La complicación terrible y siempre frecuente en el hemorroidario es la crisis hemorroidal. Las investigaciones bacteriológicas de Léna y Hartman han comprobado que se trata de procesos de flebitis debidos casi siempre al bacilo coli, infecciones que tienen su puerta de entrada en las ulceraciones, erosiones y fisuras de la mucosa anal. Estas crisis se presentan generalmente por primera vez a consecuencia de una transgresión del régimen a que está sometido el enfermo, ya sea una marcha larga, excesos alcohólicos o venereos, o, en fin, a todas aquellas causas que ponen al sujeto en condiciones de menor existencia orgánica: naturalmente estas crisis se repiten cuando el sujeto vuelve a esta condición y además según la opinión de algunos autores, una crisis predispone a otra.

Cuando se examina a un enfermo en plena crisis hemorroidal se puede apreciar a la simple vista que los repliegues cutáneos han aumentado de volumen, que se encuentran edematosos, de color rojo escuro o violáceo, lustrosos y el enfermo acusa grandes dolores le que le obliga a adoptar actitudes especiales para conseguir que no se produzca presión alguna sobre las partes doloridas. Estos dolores se exacerban con la marcha y la defecación, la menor sacudida



aumenta sus sufrimientos por lo que el enfermo está condenado a la inmovilidad completa; los fenómenos concomitantes son: fiebre, malestar general, lengua saburral, constipación, latidos frecuentes en la región del ano, acompañados de tenesmo y disuria.

A todo esto, se suman los dolores producidos por la estrangulación de las hemorroides internas que en el momento de la crisis han hecho prociencia; estos tumores que pueden ser únicos o múltiples, desempeñan el papel de cuerpos irritantes, el esfínter reacciona entrando en contracción y comprime fuertemente al pedículo del tumor con lo que éste aumenta de volumen y dificulta cada momento más la circulación de retorno, este mecanismo es un verdadero círculo vicioso, pues las hemorroides prociencias excitan la contractura del esfínter; y este, contrayéndose, exagera la lesión, la que cuando no se interviene a tiempo termina por la necrosis del paquete venoso con todas las consecuencias que se derivan de éste.

Las crisis dejan algunas veces como reliquias abscesos flébiticos, fisuras y fístulas que agregan molestias a las crisis posteriores, en los viejos se añaden frecuentemente rectitis la que se manifiesta por sensaciones  *vagas* de dolor y pesadez pero con el carácter de constantes y van acompañadas de pus y de mucosidades sangui-  
nolentas que recubren el bolo.

### - DIAGNOSTICO -

El diagnóstico de las hemorroides es sumamente fácil y en muchos casos queda establecido por la sola anamnesis; pero el médico pueda cometer errores diagnósticos groseros si se limitara solamente al interrogatorio, pues es relativamente frecuente que el enfermo sugestio-



nado por las preguntas a que se halla sometido declare sentir todo aquello de que el médico le interroga si siente y además en nuestro medio todas las afecciones del ano y de las partes circunvecinas de cualquier naturaleza que sean quedan englobadas en el término de hemorroides, así hemos podido comprobar que pasaban como tales los sen dilermas, prolapso del recto, abscesos isquio-rectales, pólipos, chan-cros, fístulas y fisuras.

Un examen detenido y prolijo de la región es la condición indispensable para hacer el diagnóstico; examen que muchas veces es rechazado por el enfermo de preferencia cuando se trata de señoras por razones de mal entendido pudor y que solo permiten el examen en los momentos anteriores a la intervención misma y en el que se ha podido comprobar que se trataba de lesión completamente distinta: lo que se explica por la omisión de esta condición previa y cuya importancia capital no es posible poner en duda.

Por la falta de examen previo, es como han podido quedar ignoradas las hemorroides sintomáticas de un cáncer del recto, lo que ha permitido que la neoplasma invada las regiones vecinas y detenga al cirujano en el momento de la intervención operatoria.

En pocas líneas vamos a exponer como se hace el examen del ano y recto.

Las posiciones que se usan para la inspección de la región son varias, las que usará el facultativo según las circunstancias particulares en que se encuentre, todas son buenas siempre que permitan una completa exploración: las más usadas son el decúbito lateral la genu-pectoral y la de la talle perineal. Muyon aconseja el decúbito lateral para los enfermos que sufren y los hace echar sobre el lado doloroso, con el miembro inferior que está en contacto con la cama en extensión y el otro en flexión y cree que es más conveniente en



las mujeres. Otros autores prefieren la genu-pectoral, que distiende el perine disminuye la profundidad del infundibulum en cuyo fondo se encuentra el ano, pone en tensión los tegumentos, disminuye los pliegues y da más facilidad al médico que explora puesto que le deja las manos libres para el examen directo de la región y que le permite utilizar instrumentos que lo facilitan y ayudan notablemente.

Tarnier recomendaba una maniobra para el examen de una parte del recto en las mujeres, buena en sí, pero que no es de uso corriente por la doloresa: la eversión; que consiste en introducir un dedo en la vagina y rechazando el tabique recto-vaginal sacarlo por el ano. Chassagnon para la exploración introducía un pequeño balón de caucho que después de colocado se hinchaba y por medio de tracciones exteriorizaba la mucosa del recto, pero este procedimiento tenía el inconveniente de no dar resultado sino cuando la mucosa reposaba sobre un tejido celular muy lizo y tiende al prolapso.

Lucas Champonier hacía lo mismo, pero introduciendo esponjas y de este modo determinaba la precidencia de las hemorroides internas.

En la actualidad, los especulums permiten explorar no solo el ano sino también el recto en su completa extensión, para esto se puede usar el especulum de Kralat bivalve o el de Vicaire tribalbe que permite la exploración de una manera muy completa y sin gran molestia para el paciente.

Colocado el enfermo en la posición decúbito dorsal con la pelvis levantada y con una buena iluminación ayudada si es posible por un espejo frontal, se puede observar directamente las hemorroides internas y su localización las cuales no se revelan por otro medio si es que no hacen precidencia durante la defecación o por cualquier otro esfuerzo.



La rectoscopia es un método completo para el examen del recto, pero su objeto principal es el explorar las paredes del recto que no son accesibles a la simple vista y al tacto: en nuestros mejores hospitales este precioso método de exploración es casi desconocido, no hemos tenido oportunidad de ver su empleo.

El tacto rectal es de indiscutible importancia en el examen y diagnóstico de las hemorroides, por la facilidad en su verificación y por las indicaciones que suministra es de gran interés el realizarlo sistemáticamente. Para hacerlo, la posición más conveniente es la del decúbito dorsal con los miembros inferiores separados y flexionados, el dedo explorador se recubre con caucho que previamente desinfectado y lubricado casi no disminuye la sensibilidad táctil y que defiende al dedo de contaminaciones; se separan los dedos de la región con la mano izquierda y se introduce suavemente el índice derecho, los otros dedos se repliegan en la palma de la mano y se recorren con la pulpa y las paredes rectales detalladamente hasta la mayor profundidad posible, es conveniente al retirarlo hacer una exploración retrograda, pues pueden haber pasado desapercibidos pequeños tumores de consistencia blanda que fueron rechazados durante la introducción del dedo.

El diagnóstico diferencial de las hemorroides con otras lesiones producidas en el recto y ano son de relativa facilidad; sin embargo, cuando las hemorroides a consecuencia de procesos flebiticos repetidos tienden a la evolución fibrosa se pueden confundir con los condilomas. Pero se puede solucionar con cierta facilidad teniendo en cuenta la localización, la consistencia del tumor, la coloración de los tegumentos, la reductibilidad y la coexistencia o no de hemorroides internas y si se tiene presente que los condilomas se sitúan en general por delante o por detrás del orificio anal, en tanto



que las hemorroides asientan de preferencia en las partes laterales, que aquellas están cubiertas por una piel espesa, áspera y erizada de papilas duras, el problema diagnóstico está resuelto.

Otra de las lesiones que se presta a confusión es el prolapse del recto que a veces es concomitante con las hemorroides pero susceptible de presentarse aisladamente. Se le distingue con facilidad por la coloración normal y uniforme de la mucosa y por su forma de rodete circular, al que se continúa con la piel y mucosa vecina y en cuyo centro se halla el ano.

Con los pólipos rectales en que estos son solitarios, de forma ovalar o piriformes, de pedículo más o menos largo y muy móviles, de consistencia dura y cuya superficie es lisa, porque la mucosa que los cubre, no presenta alteraciones y mantiene su coloración normal, no son depresibles y su mayor frecuencia es en los niños.

El cáncer del recto vegetante o ulcerado se diagnostica tomando en cuenta la edad del sujeto, sus antecedentes, la ulceración y la infiltración de las paredes, el compromiso de los órganos vecinos, la existencia del tumor, la anemia, la cachexia y otros síntomas generales que nunca faltan.

En cuanto al pronóstico es relativamente benigno, sus complicaciones lo pueden hacer sombrío; entre las cuales la de mayor importancia es la hemorragia, por las proporciones que puede alcanzar la que puede llegar a producir trastornos profundos en la economía y es la que en ciertos casos indica y regula la intervención.

### - TRATAMIENTO -

Los hemorroides son susceptibles de dos grandes clases de tratamiento: al médico y al quirúrgico. Al primero de estos se con-



pletamente paliativo o sintomático, pues al no extirpar el mal de raíz, con el no se hace otra cosa que calmar los síntomas mas mortificantes como el dolor y la hemorragia sin conseguir la desaparición de las varices hemorroidales, dá tregua a los padecimientos pero no ataca la causa misma del mal: sin embargo, puede poderosamente coadyuvar a la preparación del enfermo para someterlo más tarde a la intervención quirúrgica.

En nuestro concepto, debe consistir esencialmente en la observación cuidadosa de reglas puramente higiénicas y dietéticas. Régimen alimenticio, combatiendo los excesos de la mesa, eliminando o desterrando cierta clase de alimentos y bebidas nocivas, suprimiendo las bebidas alcohólicas, las salsas, conservas y condimentos en general, debe ser impuesto el régimen lacteo-vegetariano asociado a las carnes blancas y frutas y tender a la regularización de las deposiciones. Atacar de preferencia todas las causas de congestión pelviana por el uso de laxantes suaves y de enemas fríos; algunos autores opinan, que aún después de las deposiciones efectuadas espontáneamente, debe usarse siempre el enema frío, pues algunas veces después de sus cámaras, permanecen con el recto lleno de ~~excrementos~~ <sup>matrises</sup> fecales debido a que su sensibilidad rectal es obtusa y la persistencia de estos puede ser causa de irritaciones del lado de la mucosa. Además, deben de prescribirse los excesos de todo género y mantener la higiene local más rigurosa.

Los ejercicios moderados, asociados o no al masaje, de preferencia el de los músculos de la pared abdominal, contribuyen eficazmente a la preparación del paciente para la curación radical de las hemorroides por la intervención quirúrgica.

Innumerables verdaderamente, son las medicaciones usadas en



todos los tiempos y preconizados como remedios eficaces y específicos contra tan molesta enfermedad. Nos bastará citar los astringentes, hemostáticos, coagulantes y antisépticos más usados: ratania, tanino, alumbre, sales de plomo, sulfato de hierro y de zinc, calomel, yodoformo, óxido de zinc, hamamelis virgínica, hidratos canadienses, ergotina, adrenalina, antipirina, atropina, hiosciami, el frío, el calor, irrigaciones, fomentos, taponamientos; además se han usado todos los analgésicos y entre ellos de preferencia el opio, <sup>habiendo</sup> belladona, estovaina, cocaína, morfina, etc., etc.

La larga lista que podríamos agregar a los ya expuestos, solo demuestra la ineficacia de cada uno de ellos contra la afección que tratamos, los cuales se han ido desacreditando, conforme se ha hecho uso de ellos, no curando sino aparentemente, para bien pronto volver a sufrir el paciente del mal de que se creía curado.

Antes de entrar a ocuparnos del tratamiento quirúrgico, hay que tratar una cuestión previa que ha sido origen de amplias discusiones.

*operarse*  
¿Conviene suprimir las hemorroides? ¿Cuándo ~~se~~ ~~debe~~ ~~operarse~~?

A la primera pregunta, Hipócrates y sus discípulos respondían que no si eran sintomáticos, que debía respetarse las siempre pues las consideraba como un emunatorio importante y de efectos saludables; temían los accidentes debidos a su supresión, a la hemorragia hemorroidal le daban el nombre de "flajo venereo aureo". El padre de la medicina <sup>grecoromana</sup> escuela consideraban las hemorroides como debidas a la fijación de la "bilis y del flagma" en la venas hemorroidales y sostenían que esta enfermedad aseguraba la conservación de la salud y era "útil para los melancólicos y alivados" y tambien "preserva de la pleuresia, la tisis y de la peritonitis".



Las creencias de la escuela hipocrática subsistieron durante muchos siglos; más tarde Ambrosio Paré compartió en algo con la teoría anteriormente citada, <sup>que</sup> aún le encontraba ciertas inconveniencias a las grandes hemorragias, a la que con lijeros tratamientos médicos trataba.

Stthal que modificó las ideas reinantes sobre su patogenia al crear la teoría fluxionaria no dejaba de reconocer su influencia saludable y admitía que la sangre afluía a las hemorroides cuando <sup>había</sup> plétora y decía: "conviene favorecer esta fluxión, hacerla nacer si es posible; al suprimirlas serían atentar contra las sabias intenciones de la naturaleza".

Boyer para evitar los efectos perniciosos de la extirpación total, ligaba todos los paquetes, menos uno, al que conservaba como una válvula de seguridad.

Pare Montegre, clínico francés, al proceso hemorroidal era un acto vital y se resistía a creer que se tratara de una enfermedad, "pues sin causar dolores insufribles e incomodidad notable y sin impedir ni dificultar el ejercicio de ninguna función, asegura y conserva la salud".

Ball, que observó las hemorroides en cirróticos cree que estas previenen la ascitis.

El célebre clínico francés Dupuytren atribuyó la congestión cerebral, pulmonar y hepáticas en muchos casos a la supresión de las hemorroides.

En fin a quien corresponde el honor de haberse sublevado contra esta teoría que consideraba las hemorroides como un pararrayos providencial, es a J. L. Petit al que sostuvo que las hemorroides no ofrecen ninguna ventaja y en cambio pueden originar múltiples enfermedades del recto, a la vez queresonancia general en el organismo y



aún en ciertos casos producir la muerte por sus complicaciones; atacó duramente estas teorías, solo comparables, por su base científica, a aquellas que atribuyen virtudes a la permanencia de la tenia en el intestino; a los beneficios de una erupción de impétigo o a las ventajas de las supuraciones del oído.

La observación y el tiempo se han encargado de confirmar la teoría de Petit; al noli me tangere ha sucedido la extirpación sistémica y creemos que en la actualidad ningún cirujano titubearía para suprimirlas, aún en su propio cuerpo, sin temor a los accidentes posteriores que cita Dupuytren y que en la actualidad nadie observa; a pesar de la considerable cantidad de operados de esta afección.

Por lo que respecta a la segunda pregunta que nos formulamos más arriba, la mayor parte de los cirujanos recomienda y operan fuera de todo acceso inflamatorio, para lo cual si el paquete hemorroidal es presa de la inflamación será tratado por medios médicos; el proceso inflamatorio dura generalmente de 3 a 10 días, pasados los cuales, las hemorroides se descongestionan, cesa el dolor, no hay hemorragia y se está en el caso de operar en frío. Pero sucede, que el enfermo pasada esta crisis, retarda la operación que viene a perturbar la normalidad de su vida diaria y se repite el accidente en forma más grave; las hemorroides se estrangulan, se esfaculan y puede sobrevenir la gangrena. ¿En este caso, qué intervención se practicará?

Algunos son de opinión que se debe verificar la operación en dos tiempos; el primero, practicar la dilatación, combatir el espasmo y reducir la precidencia y esperar a que cese la inflamación, la que se combate por medio de emolumentos, enemas emolientes y desinfectantes, e tc., etc; pasado esto, proceder a la extirpación de los paquetes.

Este proceso es muy raro. Mayor de lo contrario se expe-



ne al enfermo a las complicaciones sépticas, con todas sus graves consecuencias; sin embargo, algunos cirujanos y entre ellos <sup>Savaniand</sup> ~~Savaniand~~ (Journal de Medicine de Paris 1910) prescindie de este temor y opera en pleno período inflamatorio, sin haber encontrado el menor inconveniente, sino más bien ventajas, en el acto operatorio, pues las venas llenas de sangre y coágulos son perfectamente apreciables a la vista y al tacto y el tejido celular infiltrado es separado con más facilidad.

Los grandes métodos en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides, que vamos a pasar en ligera revista, quedan reducidos a tres; los que se pueden esquematizar en la siguiente forma:

- |                  |   |                                           |
|------------------|---|-------------------------------------------|
| 1° Dilatación -  | { | instrumental o digital                    |
|                  |   | bujías Copeland                           |
|                  |   | Masaje                                    |
| 2° Modificador - | { | caústicos                                 |
|                  |   | electrolisis                              |
|                  |   | ignipuntura                               |
|                  |   | inyecciones intersticiales                |
| 3° Supresión -   | { | por forcepeadura (sergarmur Chassaligano) |
|                  |   | por instrumentos cortantes                |
|                  |   | por ligadura                              |
|                  |   | por coagulación                           |

Dilatación - Este procedimiento gozó de gran prestigio y fué preconizado por Montan, Verneuil y Trelat; sobre todo por el primero que fué curado por este método y que escribió un libro sobre el "tratamiento de las hemorroides por la dilatación". Savaniand le dio los primeros pasos del



ano" en el que expone su historia clínica y demuestra las ventajas de dicho método.

En la actualidad la sola dilatación como procedimiento curativo, está abandonado pues se observan numerosos casos de recidiva y es solo de efectos paliativos; hoy se utiliza como tiempo previo de las operaciones en el recto y ano pues permite poner bajo la vista todas las paredes de esta parte del intestino, e impide la contractura de los esfínteres que dificultaría de otra manera el acto operatorio y que es causa de dolores post-operatorios.

La dilatación puede ser digital o instrumental; es preferible esta última porque es cómoda para el enfermo, así como para el operador; presenta todas las ventajas de la digital en lo que se refiere a eficacia y no presenta ninguno de los defectos de la primera. Para verificarla basta introducir el especulum anal, abrirlo suave y gradualmente para evitar las desgarraduras de las fibras musculares que pueden ser más tarde causa de incontinencia. Por lo demás, se puede hacer uso de la dilatación digital cuando no se dispone de instrumental.

Para verificar esta dilatación se introducen los índices de ambas manos, de tal manera que los dorso de ambas estén en contacto y tomando como punto de apoyo la articulación falango-falangina, pero cuando los esfínteres son muy poderosos se puede hacer uso de los pulgares y que entran en contacto por su articulación inter falangiana. Es grande la resistencia que generalmente hay que vencer y la presión debe ser continua y sostenida sin brusquedad, para que resulte eficaz hasta que llegue el momento en que el esfínter cede relajándose y entonces los dedos introducidos en el ano pueden fácilmente palpar toda la cara mucosa y aún hasta las isquiones lateralmente y por detrás el coxis. Las hemorroides entonces hacen prociencia y generalmente sangran un poco, debido a que se producen froturas y erosiones durante las maniobras de introducción.



Utilizando bujías de calibre proporcionalmente creciente Copeland obtenía la dilatación y Recamier practicaba el masaje intra anal, introduciendo primero un dedo y paulatinamente dos y tres a medida que se iba verificando la dilatación. Estos procedimientos, que producían alivios pasajeros se fueron descreditando como medio curativo radical.

Procedimientos modificadores; estos procedimientos tienen por objeto provocar la esclerosis de los pequeños venos, tratando de imitar al proceso arteriales de curación por fibrosis obliterante, con la diferencia que la provocada es aseptica mientras que el proceso flogístico natural es séptico; este procedimiento tenía la ventaja de tratar las hemorroides sin intervención cruenta pero a costa de terribles sufrimientos que muy pocas veces eran soportados por los enfermos hasta su terminación, además demandaban mucho tiempo y no solo quedaba al enfermo con las hemorroides sino con el triste recuerdo de un tratamiento inhumano.

*cauterización*  
El procedimiento más primitivo fué el de la ~~cauterización~~ en superficie por agentes químicos, las sustancias más utilizadas fueron: sulfato de hierro, cloruro de zinc, líquido de Horstion (nitrato ácido de mercurio, cloruro de zinc y ácido clorhídrico). Guzeck hacía uso del ácido nítrico, etc., etc. pero todos estos tratamientos por poderosas sustancias causticas han caído en el olvido y con justa razón, pues producen amplias escaras que son puerta de entrada de infecciones y que en la época en que fueron usados no había como prevenirlas ni detenerlas.

Las inyecciones intersticiales esclerogénas producen en algunos casos verdaderos resultados curativos, aunque muchos autores dudan del valor terapéutico de dichas inyecciones. Las sustancias que con este fin son más usadas son el éter yodoformado, la glicerina ferrugada, la cresolita, el cloruro de zinc, el ácido tánico, la ex-



getina y al alcohol.

Mitchell y Kelsey de New York creen que la glicerina fenicada es la que rinde mejores resultados y juzgan según sus estadísticas como notable el resultado de este tratamiento. Kelsey aconseja una solución que contenga una parte de ácido fénico, tres de glicerina y tres de agua; en cada paquete se inyecta tres o cuatro gotas de esta mezcla y esta operación se repite varias veces, tantas al juicio del cirujano cuantas sean necesarias y en el espacio de tres a cuatro meses se puede obtener la curación por esclerosis total.

El profesor Roux de Lausane, emplea la glicerina fenicada al 50% y previa dilatación del ano para poner a la vista todos los paquetes inyecta en cada uno de ellos dos gotas y después de verificarlo esto coloca un tapon de goma yodoformada. El citado profesor dice que las varices durante algunos días se ponen tumefactas, pero que después van disminuyendo de volumen y terminan por desaparecer.

Este procedimiento ha sido imputado por Andrews de Chicago el que ha señalado graves peligros, entre ellos la intoxicación por el ácido fénico, escaras, úlceras, embolias, abscesos, fístulas, grandes dolores y en muchos casos shock durante las inyecciones; además de que la gangrena es frecuente. Calcagno en Buenos Aires, que ha practicado el procedimiento, dice que todos esos accidentes son excepcionales y que si se prescriben son defectos de técnica, de los que el operador es culpable y que de ninguna manera se pueden inculpar al método.

La electrolisis es otro procedimiento que se aplica a los enfermos refractarios a la intervención; es un procedimiento largo, a la vez que muy doloroso y cuyos resultados no son positivos en todos los casos.

La ligadura es un procedimiento como el anterior de resultados



inseguros, pues es relativamente frecuente la recidiva; consiste en la introducción en el paquete hemorroidal la punta fina de un galvanocauterio, como el anterior es muy doloroso y expone a hemorragias frecuentes.

Estos dos últimos procedimientos, por la inseguridad de sus resultados, han <sup>ido</sup> perdiendo su prestigio día a día y en la actualidad se tiende a desterrarla por completo.

La supresión como tratamiento en la curación de las hemorroides se ha impuesto sobre todos los demás; sobre todo hoy que se puede evitar la infección y conseguir la cicatrización por primera intención.

Vamos a hacer una ligera reseña de los procedimientos que han gozado del favor de los cirujanos en diversas épocas.

El más antiguo procedimiento de supresión total fué usado por Hipócrates en algunos casos de hemorroides idiopáticas, el que después fué practicado por sus discípulos con entusiasmo y sangre fría y con el que sometían al desgraciado paciente a tormentos infernales, pues no se limitaban a cauterizar las hemorroides sino que muchas veces abrían camino con la cañula de cobre de que se valían al efecto y para esto decían "nuestros fierros deben estar calentados al blanco y tendreis cuidado de cauterizar hasta la desaparición y no aplicar el fierro suavemente como si se hiciera un unção con una espátula; es necesario no dejar ninguna hemorroides sin ser tocada, todas deben ser cauterizadas". Es inútil hacer ningún comentario a este procedimiento infernal.

Sin embargo, fué usado aún en los tiempos modernos, por Boyer, que destruía de este modo todas las paquetes hemorroidales, con el que casi siempre quemaba gran parte del recto en su segmento inferior la cura efectivamente era radical, pero era insoportable la estrechez, que producía el uso de metabolat de Martin. Fácil será comprender



que este procedimiento fué abandonado, tanto por lo que acabamos de decir, como porque era imposible impedir la infección consecutiva y por que la hemorragia secundaria producida por la caída de las amalias escaras formadas, concluía generalmente con el enfermo.

Después tarde, la cauterización por el hierro fué reemplazada por las cauterizaciones químicas, lo que dió lugar a que se usaron un gran número de estas sustancias entre las que mas aceptación tuvieron por su poder figuraban la potasa, la pasta de Viena y el cáustico de Filhos. Amussat imaginó después la ligadura caústica, para lo cual tomaba el paquete venoso hemorroidal con una pinza especial provista de ranuras que contenían cáustico de Filhos. Jobert, con una pinza de su invención, cogía el paquete y le aplicaba cáusticos diferentes. Richet practicaba la volatilización para lo cual después de anestesiar al enfermo, pasaba un hilo metálico por la base del paquete que iba a ser volatilizado, hilo que tenía por objeto pediculizar y después traccionar posteriormente lo toraba entre los anchos dientes de su pinza de cauterio, previamente calentado al rojo blanco y comprimía el paquete hasta reducirlo a cenizas. Cuando el paciente despertaba era presa de horribles dolores y frecuentemente se infectaba.

Chassagnac destruía las hemorroides valiéndose de su ecraseur linear, con lo que creyó haber resuelto el problema, instrumento al que vaticinó un rol quirúrgico muy importante al por que vasto; la excisión podía ser lineal, lateral o anular, pero las hemorragias secundarias eran mortales y a este método se atribuían al dejar siempre estrecheces. Tisserand fué inventor de otro ecraseur con la particularidad de que el machacamiento se hacía gradualmente y que terminaba 36 horas después y exponía a los mismos inconvenientes que el de Chassagnac y aumentaba el tormento del que se sometía él.

Maisonneuve utilizaba con el mismo objeto el ecraseur de M. Maisonneuve. Harley se



contentaba con tomar el paquete hemorroidal entre los dedos y someterlos a una fuerte compresión, una vez reducidos colocaba un supositorio opiado y aseguraba que obtenía la atrofia y la reabsorción.

La ligadura sola del paquete hemorroidal ha sido usada por algunos cirujanos; esta puede ser simple o doble previa transección como para un saco herniario, puede ser submucosa (Procci: Terril-Richetts) o bien precedida de disección (Procci: Allingham-Baugarten) una vez verificada la ligadura, separar la cápsula de los tejidos o los eliminan por medio de las tijeras o el bisturí. Richetts hace uso del procedimiento de su invención, para lo cual dilata ampliamente el ano y se vale de una tijera larga y de curvatura bien marcada, y pasa un hilo por debajo de la mucosa, hilo que partiendo de la margen del ano pasa por encima del paquete y sale junto al orificio de salida, ligándose ambos extremos. Baugarten para evitar las retracciones incide la mucosa en sentido longitudinal y por encima de los paquetes, los aísla y los liga. Dittel usa la ligadura elástica. Allingham, para facilitar la eliminación que se verifica una semana después con su procedimiento, secciona la mucosa al nivel del pedículo y liga todos los vasos.

La extirpación al bisturí puede ser parcial o total. La primera consiste en la resección de los paquetes varicosos y la segunda en la extirpación de la mucosa enferma. Numerosos son los procedimientos que se usan para la extirpación parcial nos bastaría solo nombrarlos, todos son de uso corriente y de buenos resultados, los más usados son los de Monod, Reclus, Garle, Jones Shalitz, Herdly, Mayes Trinchel, Lafourcade, Henderson, Mann, Delorme, Reclus, etc., etc.

La extirpación total Milnes es sin disputa el procedimiento mas radical de todos, puesto que sustituye la mucosa anal enferma por mucosa rectal sana. Sin embargo, algunos cirujanos temen de proscribirla porque para su realización se requiere un gran conocimiento de anatomía.



continencia o la estrechez, además inflamación crónica del recto, neuralgia de la pelvis y las extremidades inferiores.

A pesar de ser una arma de dos filos, la extirpación total llena todas las indicaciones, puesto que realiza la cura ideal, haciendo uso de él de una manera discreta es de resultados ampliamente satisfactorios. Es verdad que los inconvenientes que requiere su técnica, el instrumental, así como los cuidados pre y post operatorios que son necesarios, no están al alcance de todos los profesionales ni de las circunstancias en que muchas veces hay que actuar, lejos de todo aquello que es necesario para ponerlo en práctica, luchando con dificultades muchas veces insalvables y frente a enfermos que reclaman una operación que ponga término a sus sufrimientos, que le hacen insupportable la vida.

Es por eso que nosotros al presentar este trabajo, queremos preconizar el tratamiento que más adelante vamos a exponer, el que respaldado por una numerosa estadística y por el uso sistemático que de él se hace durante más de catorce años en el servicio en que actualmente desempeñamos el internado, demuestra lo beneficioso de sus resultados, tanto inmediatos como alejados y que aseguran una curación radical.

#### PROCEDIMIENTO DEL PROFESOR DENGEL.

Los cuidados preliminares se reducen a la administración de un laxantes durante algunos días y buena purgante dos días antes de la operación. Dieta láctea la víspera, enema o irrigación intestinal. El último lavado se hace la noche anterior y se le administra al enfermo una píldora de opio. (5 centigramos de Extra tebaico)

Ya en la mesa de operaciones el enfermo previamente resurado o-  
cupa la posición de la talla perineal, decúbito dorsal, muslos fle-  
xionados y separados, pelvis elevada y sobre saliendo de la mesa.



El cirujano se sienta en taburete bajo, frente al paciente, no es indispensable ayudante. Anestesia general o local.

Cuando se hace uso de la primera, es preciso esperar hasta que sea completa y sobrevenga la relajación muscular, la que se reconoce al pinzar el ano y el esfínter no se contrae. Entonces se puede iniciar la operación pues de lo contrario puede sobrevenir síncope, cuando se interviene en esta región sin estar perfectamente anestesiado el enfermo, según citan varios autores.

Para la anestesia local, se usa de preferencia la solución novocaína al 1% o solución de cocaína al 0'50% con las que se anestesia perfectamente la región. Para verificarla se hace uso de una jeringa de Pravetz provista de una larga aguja de platino y con la que primero se hace la anestesia cutánea, para lo cual se hace pequeñas inyecciones en los puntos superior e inferior y en los laterales y después se unen estos cuatro puntos retirando la aguja delimitando así una forma de rombo, con lo que queda perfectamente anestesiada la piel. Para la anestesia profunda se implanta verticalmente la aguja y valiéndose como guía del índice izquierdo introducido en el ano. Se deja pequeñas partes de la solución en el tejido celular submucoso teniendo cuidado de no herir la mucosa rectal y de esta manera queda la anestesia perfectamente realizada.

Se hace a continuación una desinfección muy prolija de la región, con cualquier otra solución desinfectante y se procede a hacer la dilatación; esta puede hacerse digital o instrumental, pero siempre de una manera lenta, gradual y continua, hasta poner bien a la vista los paquetes hemorroidales.

Se toma un paquete con una pinza de Pean y por tracciones suaves y teniendo cuidado de no tomar la piel se coje su base con la pinza de Langebeck, la que se ajusta fuertemente. La pinza de Pean se quita y se hace una ligadura bien sólida con catgut N° 5 ó 4 en la base del



paquete y por fuera de la pinza y a ras del nudo se corta el catgut, no sin haberse cerciorado antes de que la ligadura está bien segura.

Con soluciones de ácido bórico o de un suero fisiológico frías se mojan compresas de gasas con la que se aísla de la mucosa rectal y del orificio anal el paquete así cojido y ligado y se cauteriza y se destruye todo el paquete hemorroidal, con el termo-cauterio o el galvano-cauterio por encima de la pinza de Langenbeck.

Este modus operandi se repite tantas veces cuantos paquetes hemorroidales haya, teniendo cuidado de dejar espacios de mucosa sana entre las secciones, con el objeto de no producir superficies cruentes muy vecinas que retardarían la cicatrización.

Lo que recomienda e insiste mucho el autor para que el procedimiento tenga todo el resultado deseado es, que la pinza de Langenbeck se coloque siempre siguiendo el eje mayor del recto con lo que se impide toda estrechez así como el descenso posterior de la mucosa anal.

Concluido el acto operatorio no se deja tubo ni tapón de gaza entre el orificio anal pues la experiencia ha demostrado su inutilidad. Solo se cubre el periné con gasas grandes esterilizadas con el objeto de impedir la contaminación por los objetos exteriores.

Cuatro o cinco días después, según el estado del paciente y según el criterio del facultativo tratante, se proceda a administrar un purgante después de lo cual el enfermo se puede dedicar a sus ocupaciones ordinarias completamente restablecido y radicalmente curado.



- CONCLUSIONES -

De todo lo expuesto en lo que antecede, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- 1°. - El tratamiento médico es insuficiente no llena otro fin que el de ser paliativo.
- 2°. - El uso de este debe tener por objeto el poner al paciente en condiciones de operabilidad.
- 3°. - El único tratamiento curativo es el quirúrgico.
- 4°. - Debe ponerse en práctica el que menos molestias produzca en el enfermo y lo cure radicalmente.
- 5°. - El método del Profesor Doctor Juvenal Denagri llena las indicaciones siguientes:
- 6°. - que está al alcance de cualquier profesional por la sencillez de su técnica.
- 7°. - No necesitar instrumental especial ni numeroso, pues está reducido al mínimo y poder verificarse en cualquier sitio y circunstancias.
- 8°. - No necesitar ayudantes.
- 9°. - Ser un método completamente exangue.
- 10°. - No producir ni estreches ni insuficiencias.
- 11°. - No necesitar grandes cuidados pre ni post operatorio.



OBSERVACION N°1.

P. Vera, 52 años, casada, empleada.

Desde la edad de 30 años, próximamente, ha comenzado a sufrir pérdidas sanguíneas y dolores que sobrevienen por crisis cada dos o tres días, coincidiendo con períodos de constipación y alcanzando tal intensidad que le impiden la marcha y el trabajo a la vez que el acto de la defecación.

En el intervalo comprendido entre una y otra crisis la enferma la pasa bien, molestada solamente por dolores muy ligeros al defecar acompañados a veces por pequeñas pérdidas sanguíneas.

Hace 8 días sufre de una nueva crisis, las hemorroides internas se hacen proclidentes, las deposiciones son raras y sumamente dolorosas con hemorragias abundantes y acompañadas de una serosidad turbia que tiende a la purulencia.

Como antecedentes personales, ha padecido a la edad de 20 años de neumonía. Sus padres y hermanos padecen de hemorroides.

Al examen, encontramos una mujer regularmente constituida, panículo adiposo <sup>escaso</sup>, ~~excesiva~~ palidez de los tegumentos.

En el examen del ano encontramos paquetes hemorroidales externos e internos, tenaces y dolorosos, uno de ellos más voluminoso y ulcerado.

Tratamiento pre-operatorio, semicupios emolientes, lavativas purgantes, ligeros purgantes salinos. Operación - 17 de Enero de 1917. Anestesia local - novocaína - constipación opiada 4 días purgante e-  
leoso al 5° día. Alta 6 días después.

OBSERVACION N°2.

Margarita L. - 20 años, soltera. - La paciente es bien constituida. No presenta alteraciones viscerales ninguna. - Antecedentes personales



y hereditarias sin importancia.

Siente desde hace tiempo sensación de pesadez e incomodidad en el ano acompañada de prurito molesto y persistente. En repetidas ocasiones ha sufrido fuertes dolores que han durado varios días, durante estas crisis la enferma sentía pequeños tumorcitos duros y muy sensibles a la presión en contorno del ano.

Las hemorragias son raras. Constipación crónica. - Al examen del ano, notamos tres hemorroides externas ligeramente induradas y varios paquetes internos separados por mucosa sana.

Preparación indicada. - Anestesia general al éter, constipada la paciente por el opio se evacua el intestino al 4° día y pide alta tres días después, curada de sus dolencias.

### OBSERVACION N°3.

Luisa R. - 23 años, lavandera, casada.

Constitución débil, escaso panículo adiposo anemia bien manifiesta.

Antecedentes hereditarios y patológicos sin importancia, ha tenido tres hijos, en el último parto necesitó una intervención obstétrica. - Constipación crónica.

Poco tiempo después de su primer parto empezó a sentir ligeros dolores a la hora de deponer y sus cámaras estaban manchadas con estrías de sangre, estos dolores se hicieron más fuertes durante el segundo embarazo, en el transcurso de la última gestación se hicieron aún mayores a la vez que se hicieron manifiestas las hemorroides internas y las hemorragias se presentaron abundantes y repetidas las que han producido en la enferma la anemia tan marcada en que se encuentra e ingresa al servicio puerperal el 15 de octubre de 1917. Se



le somete a un tratamiento adecuado para combatir su mal estado general y se interviene en 2 de Febrero de 1918.

Examen local: - Grandes hemorroides internas y externas - extrusión incompleta. Esfacelo de la mucosa.

Periodo pre-operatorio - Tratamiento general - curaciones desinfectantes, purgantes, etc., etc.

Operación - Anestesia local - novocaína. - No se pone tubo ni gaza. - Periodo post operatorio - constipación opiada 4 días, purgante salino. - Alta 20 de Febrero en inmejorables condiciones.

#### OBSERVACION N°4.

Eufemia Falcón, 33 años, costurera, soltera, mestiza. Desde hace muchos años padece de hemorroides, constipada habitual, necesita constantemente para la evacuación de su intestino enemas y laxantes.

Ocho días antes de su ingreso al hospital hicieron prociencias las hemorroides, las que no pudo reintroducir, ocasionándole serias molestias para caminar y defecar y produciéndole dolores que han ido aumentando.

Examen físico: - Mujer robusta, bien constituida, pánicula adiposa abundante. Sus órganos tanto torácicos como abdominales nada anormal.

En la región anal tres paquetes hemorroidales extrangulados, cada uno del tamaño de una nuez, con principio de esfacelo de la mucosa, tumores dolorosos, duros irreductibles.

Refiere haber padecido de los riñones, dolores de cintura y edema de los pies. Durante seis años ha tenido pérdidas irregulares de sangre ratilante por el ano. En la actualidad la orina es normal.

Periodo pre operatorio - semicupios emolientes - desinfección - purgantes salinos - constipación opiada la víspera.

Operación: - Anestesia local por la novocaína. No se pone tubo ni



gaza. - Período post-operatorio: constipación por el opio tres días - purgantes y enema oleosa al 4° día - Alta tres días después.

### OBSERVACION N°5.

Matilde M. - 28 años, soltera, modista.

Habitualmente sana no recuerda haber padecido sino en su niñez de sarampión y ultimamente de gripe. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Hace seis años que padece de hemorroides, en estos últimos meses ha tenido varias crisis, coincidiendo con períodos más o menos largos de constipación; pérdidas sanguíneas repetidas en el momento de la deposición y dolores constantes que la impiden trabajar lo que la obliga a ingresar al Hospital.

Examen físico: - Mujer robusta, bien conformada, abundante pániculo adiposo, masas musculares bien desarrolladas.

En el examen del ano encontramos algunos hemorroides mucosos insignificantes; en cambio, las hemorroides internas son gruesas y múltiples.

Se prepara la enferma con un purgante al antevíspera, irrigaciones y la víspera se le administra opio.

Operación: Noviembre 3. - Anestesia local con cocaína. No se pone tubo ni gaza. - Período post-operatorio: - Constipación 3 días - se le suministra purgante al 4°. - Alta 4 días después.

### OBSERVACION N°6.

Magdalena Balvaca, 27 años, casada, doméstica.

Antecedentes hereditarios y personales patológicos sin importancia.

Ha tenido dos hijos: durante el embarazo y parto de ambos, no ha habido nada digno de mención. Constipación por opio; para combatir



lo cual hace uso de enemas dos veces diarias y hace uso immoderado de laxantes.

Urgentemente los dolores y las hemorragias por el ano se han presentado, estas últimas han sido muy copiosas y repetidas.

Hace 7 días que a la hora de deponer sintió un vivo dolor, acompañado de abundante hemorragia y pudo notar entonces que tenía unos tumores en el ano, lo que trató de introducir sin poderlo conseguir, a la vez que experimentaba desórdenes en las micción las que eran frecuentes y dolorosas.

Encontramos al examen de la región la presenciada dos tumores hemorroidales internos proidentes, tumefactos, lustros y que eran extremadamente dolorosos. Hemorroides externas, cutáneas-mucosas, pequeñas. Extrangulación incompleta.

Diez después de su ingreso fué operada esta enferma. - Anestesia local por la novocaína. Se se pone tubo ni gaza. Se le constipa 4 días al 5° se le administra un purgante. Se da de alta el 1° de diciembre de 1918.

#### OBSERVACION N°7.

Rosa Lira - 42 años, casada, empleada.

Habitualmente constipada, siente de tiempo atrás sensación de plenitud después de las defecaciones y falsas necesidades. Cuando estas molestias se acentúan expulsa con las materias fecales, mucosidades abundantes y suele sentir dolores que siguen el trayecto del intestino grueso.

Ha tenido hemorragias repetidas.

Ingresó al Hospital con diagnóstico de colitis y hemorroides confirmados por nuestro examen.

Se pone a régimen especial para combatir su colitis y se opera el



10 de enero del presente año. - Anestesia local a la novocaína. - Constipación de 3 días, purgante oleoso. - Alta 18 de enero próximo pasado.

### OBSERVACION N°8.

Zoila de M. - 40 años, casada.

Hace diez años sufre de constipación; se pasa cinco o seis días sin deponer. Sufre de prurito en la región del ano. Ingresó al servicio a causa de la incomodidad que experimenta al caminar, acompañada de ligeros dolores; las deposiciones también son dolorosas.

Al examen de la región anal presenta en su parte lateral cinco tumores, ligeramente pelliculados, del tamaño de un garbanzo, blandos de presiones, recubiertos de piel y mucosa.

Diagnóstico: hemorroides externas.

Previo preparación, se opera a la enferma el 15 de enero. Anestesia local a la cocaína; no se pone tubo ni tapón de gaza. Se le mantiene constipada 3 días. - Sale de alta a los 6 días.

### OBSERVACION N°9.

Alejandrina Vasquez, 22 años, soltera.

Desde hace tres años padece de comezón y prurito en la región; es constipada crónica y después de la defecación, pierde algunas gotas de sangre; en algunas ocasiones siente que salen del ano unos cuerpos redondos, dolorosos, depresibles, que el enferma introduce con facilidad.

Vista la incomodidad que le ocasiona, consulta un médico, al que le indica la necesidad de operarse.

Visto lo cual decide ingresar al Hospital para ser operada. Ingresó al servicio el 14 de Enero del presente año.

Examen físico: regularmente constituida; pánicula adiposa, regu-



lamente desarrollada. Los órganos torácicos y abdominales sin ninguna alteración. Ha padecido de difteria, siendo muy niña y hace dos meses de gripe de forma bronco-pulmonar.

Al examen al examen directo tres tumores sesiles del tamaño de una lenteja, dolorosos; haciéndole hacer esfuerzos se ve aparecer en el orificio anal dos tumores del tamaño de un garbanzo muy sensible, pediculados y reductibles.

Diagnóstico: - Hemorroides internas y externas.

Después de preparación adecuada, se le opera el 18 de enero. Anestesia local a la cocaína. Se le pone tapón de gaza al tubo. Constipación 4 días, purgante oleoso. Se da de alta al día 24 del mismo mes.

#### OBSERVACION N°10.

E. E. casada, 26 años, costurera.

Hace cinco meses que empezó a notar que sus deposiciones se hacían dolorosas, por lo que las retardaba voluntariamente, llegando de esta manera a defecar cada ocho días.

Continuó cierto tiempo usando este método, hasta que un día experimentó un vivo dolor al defecar, sintiendo al mismo tiempo que un cuerpo extraño se deslizaba fuera del ano, a la vez que se producía una regular hemorragia; exploró con la mano y pudo apreciar la existencia de un cuerpo blando, extremadamente doloroso y trató de reducirla pero le fué imposible. Llamó a un facultativo, al que lo redujo; le ordenó estadía en cama durante dos días, dieta rigurosa y le aconsejó que se operase.

Hace 15 días nuevamente tuvo fenómenos de estrangulación que cedieron por si solos. Por temor a un nuevo accidente, resuelve ingresar al Hospital, en busca de curación radical.

Examen físico: Mujer adelgazada y panículo adiposo escaso. Ha



quido 6 hijos. Refiere haber padecido de neumonia, dos veces. Actualmente tiene fibroma uterino subseroso.

Presenta al examen del ano varios paquetes hemorroidales, pequeños nudo-cutáneos, haciendo esfuerzo se ven asomar tres pequeños tumores del tamaño de un garbanzo, de un color rojo azulado, que en el momento del examen no son dolorosos.

Brevis la preparación de rigor, se opera el 1° de mayo del presente año, anestesia novocaina. No se deja gasa ni tube de dren. Constipación opiada 4 días. 5° día purgante y lavativa oleosa. - Alta 10 días despues.

*José Luis Tisserand*