

Uelvi D. Luis

Ca 4042(7)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



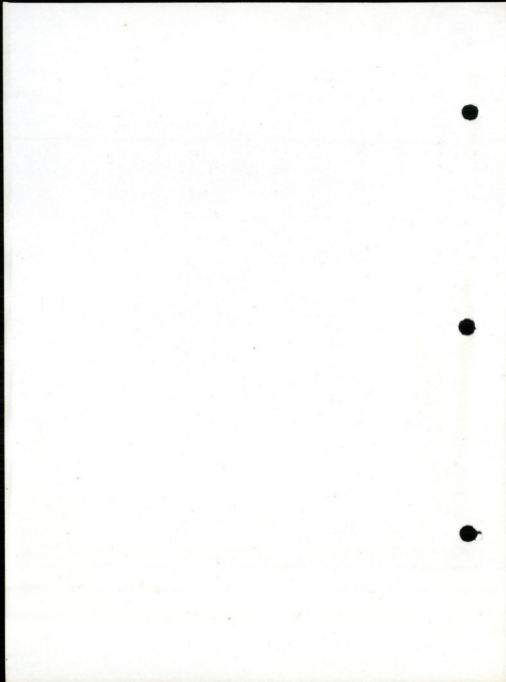
5316701592

b 18494109

De las Hemorroides
y su
Tratamiento.

Tesis del Doctorado
por
Luis C. Vekhi y Ushada.

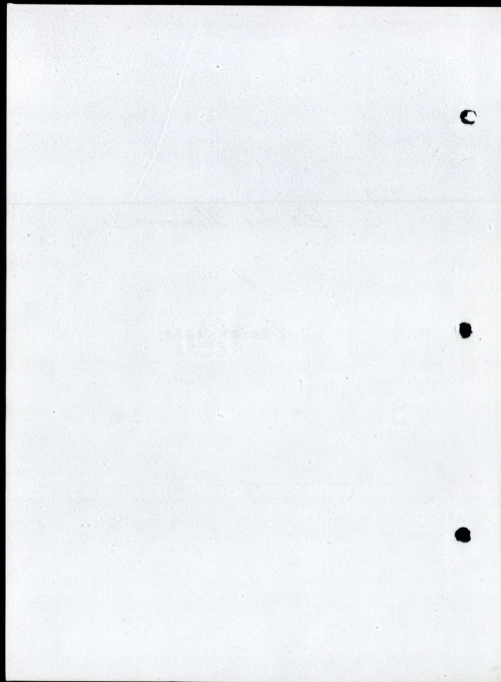
1883.



De las Hemorroides

y su

Tratamiento.



Ilmo Sr.

Señores.

Solo el ineludible deber impuesto por el reglamento á quien, como yo, aspira al honroso título de Doctor merece el valor de que careceria en otras circunstancias y que necesitó para someter estas mal pergeñadas páginas á vuestro imparcial y recto juicio.

Quiera inútil redundancia implorar

vuestra benevolencia. Cualidad siempre unida a la justicia con indisoluble lazo, mora en vosotros por esta razon y, al presentarme aqui, cuento con ella mas que confio en mis escasas fuerzas.

Nueva para mi esta clase de trabajos, solo pueden llamar vuestra atencion en el presente los numerosos defectos de que forzosamente adolece, mas me dare por satisfecho si, como espero, veis en el tan solo el deseo que me anima de cumplir la honrosa tarea que me he impuesto contando para ello con mas voluntad que ciencia.

Recien concluidos mis estudios, antes de dar el primer paso por el es-

pinoso sendero de la práctica, no me es posible desarrollar un tema basado en mi propia experiencia ni sustentar ideas que de ella dimanen y si solo aquellas que en mí han inculcado los ilustrados profesores que me han guiado en la senda del estudio, á los que tan dignamente representais en este momento.

Durante el curso de 1880 á 1888 y en la Clínica quirúrgica que el Dr. Coll y Domenech tenía bajo su dirección en el Hospital de Sta Cruz de Barcelona, tuve ocasión de observar un enfermo afecto de hemorroides en el que determinaban estas tales

suprimientos que hubo que apelar á
 un tratamiento enérgico para la cura-
 cion de las mismas y que fué corona-
 do por un éxito feliz. Este caso que
 explanaré oportunamente me dará pie
 para describir esta afeccion haciendo
 algunas consideraciones acerca del tra-
 tamiento de la misma, tema impor-
 tante del que se han ocupado la ma-
 yor parte de los que han sobresalido
 como discipulos de Leutapio en el
 Recurso de los tiempos.

Este tentado, para no abu-
 sar por mas tiempo de vuestra con-
 descendencia, con vuestro permiso en-
 traré en materia.

El día 23 de Marzo de 1881
 ingresó en la Clínica quirúrgica del
 Colegio de Sta Cruz en Barcelona pasan-
 do a ocupar la cama número siete de
 la sala de S. José Salvador Ribera
 de 33 años de edad, temperamento san-
 guíneo-nervioso, constitución robusta y
 sin idiosincrasia conocida

Interrogado acerca sus anteceden-
 tes dijo no haber padecido enferme-
 dad alguna, salvo las propias de la
 infancia, pero que desde larga fecha

se hallaba afecto de constipacion y que haria unos ocho años proxivamente que empezo a notar una especie de dificultad en la defecacion y la existencia de pequeños tumores en la margen del ano de lo que no hizo caso.

Durante este intervalo ha notado que dichos tumores han aumentado de volumen asi como la dificultad en la defecacion que va precedida de sensacion de peso en el perine y acompañada de calor urente en el ano. En varias ocasiones se han acentuado tanto estos sintomas que ha tenido que abandonar su trabajo, es de cargador en el muelle, y acudir a los

auxilios facultativos.

Estos paroxismos se han ido acentuando cada vez mas y a su ingreso en la Clínica aquejaba intensísimos dolores en el ano que se irradiaban hacia el periné y region lumbar haciendose intolerables durante los esfuerzos de defecacion, esta era casi imposible verificandose solo a costa de inauditos esfuerzos. Teníamo, sensacion de calor urente en la parte, síntomas que agravandose en la marcha y la estacion sentada las hacian imposibles.

El exámen de la region anal permitio comprobar la existencia de

tres tumores del volumen de una almendra, de color rojo, tenues, dolorosos espontáneamente y á la presión y situados aisladamente alrededor del ano tumefacto é inflamado. No se notaban vestigios de derrame sanguíneo alguno asegurando el enfermo no haberlos tenido nunca.

El tacto rectal fue imposible de practicar pues, á mas de la viva exacerbacion de los dolores producida por el contacto del dedo, este no pudo vencer la resistencia del esfínter espasmódicamente contraído.

De lo que resulta expuesto

dedujo el Dr Coll que se trataba de tumores hemorroidales externos, y con toda seguridad, internos inflamados y acompañados de espasmo del ano.

En vista de los atroces sufrimientos que producía el enfermo en sentidas quejas y creyendo necesaria la intervencion se propuso al enfermo la dilatacion forzada del ano, o peracion que se estimó preferible por obrar á la vez contra las hemorroides y el espasmo, aceptada por el cual se aplazó para los cuatro dias á causa del estado de congestion rectal para la cual se prescribió reposo absoluto, baños locales frios y ene-

mas de agua de almidon laudari-
zados

Habiendo disminuido la con-
gestion aunque persistiendo el espas-
mo se le administró la siguiente po-
cion purgante que tomó en dos veces
con una hora de intervalo:

De Solucion gomosa - 200 gran

Aceti de ricino —	} 30) gramos.
Aceti de almendros dul.		
Sarabe de goma —		

y. habiendo producido tres evacua-
ciones alvinas, al dia siguiente por
la mañana, despues de haber limpia-
do la cavidad rectal mediante un
enema, colocado el enfermo al borde

de la cama en decubito supino con los muslos separados y fuertemente plegados sobre el tronco y las piernas sobre los muslos y cloroformizado hasta la completa resolución muscular, procedió el Dr. Coll a la dilatación introduciendo el dedo índice de la mano derecha, a beneficio de una ligera presión secundada por un movimiento rotatorio, en la cavidad rectal al que siguieron el otro índice y los dos medios sucesivamente, ejerciendo luego con ellos fracciones, moderadas al principio y enérgicas mas tarde, en el sentido de los diámetros de la Caja pñ-
vis durante unos tres minutos pro-

firmamente hasta que percibió la sensación de desgarro de las fibras musculares del esfínter por debajo de la mucosa retirando entonces los cuatro dedos estentamente separados con lo que se dió por terminada la operación durante la cual apenas se percibió el enfermo algunas gotas de sangre.

La cura consecutiva consistió simplemente en la aplicación de compresas empapadas en agua fría y se administró al interior la siguiente poción

De Agua de lechuga - 80 gram
 Polvos de creta prepar. 10 gramos
 Láudano de Sydenham 5 gramo
 Jarabe de membrillo 20 gramos

para tomar en un día 6 cucharadas
 á fin de obtener la distraccion y cal-
 mar los dolores algo vivos que aquejó
 el enfermo despues de la operacion
 los que no le impidieron dormir al-
 gun rato durante la noche siguiente.
 Se le tuvo á dieta permitiendole solo
 el caldo y la leche.

Al los cuatro dias de operado y
 bajo la influencia de 30 gramos de
 aceite de ricino se obtuvo una depo-
 sicion poco dolorosa y á poco el
 enfermo pidió el alta saliendo del
 Hospital completamente curado.

Posteriormente fuo el Dr.
 Coll ocasion de reconocer á este suje-

to, que estaba ya entregado á sus habituales ocupaciones, comprobando la desaparicion completa de los tumores externos y pudiendo practicar sin dolor el tacto rectal que le demostró la ausencia de tumores internos. La defecacion se verificaba sin dificultad y ningun dolor

I.

El caso expuesto y otros muchos que podría citar, por ser esta afección muy frecuente, me inducen á tratar de las hemorroides tema que no por no ser nuevo es menos importante.

Comprendiéndolo así, desde Hipócrates que se ocupó de esta enfermedad en diversos párrafos de sus libros y en su Tratado de las Hemorroides, casi todos los autores de la antigüedad nos han legado algún trabajo acerca de ella y en nuestros tiempos han visto la luz numerosos tratados y monografías respecto á este asunto, siendo, entre otros, dignos

de mencion las Lecciones acerca las hemorroides de Fosselin, las que acerca su tratamiento de Dujardin-Beaumetz, los tratados de enfermedades del recto de A. Lingham y Molere y las monografías de Fontán, Duret, Monod, etc. Dejamos para cuando nos ocupemos del próntico la esposicion de las opiniones de estos autores.

II.

En su sentido etimológico la palabra hemorroide significa hemorragia y los antiguos describieron en este concepto hemorroides de la boca, nasales, etc. pero en la actualidad se designa con

ella una afeccion de la porcion inferior del tubo digestivo consistente segun unos en un flujo sanguineo de la extremidad inferior del recto, segun otros en una flujion de que es asiento dicha parte y segun los mas en los tumores que alli se forman á expensas de las venas hemorroidales no faltando quien considere el conjunto de estos fenomenos como la afeccion hemorroidal.

Sin entretenernos en discutir el valor de estas opiniones, nosotros consideramos con Josselin, y trataremos de demostrarlo, á las hemorroides como tumores varicosos de la region anal, que

pueden ser acento de una congestion y dar lugar al derrame de cierta cantidad de sangre.

III.

Antes de entrar de lleno en el estudio de las hemorroides diremos cuatro palabras respecto a la anatomia de la region ano rectal por ser el sitio donde se desarrolla este proceso patológico.

El recto, porcion inferior del tubo digestivo, es continuacion de la S. ilíaca del colon. Toma su nombre al nivel de la sinfisis sacro-iliaca interna y termina en el ano hialdoide situado en su totalidad en la excavacion pelviana des-

causando sobre la curvadura sacro-cocigea.

Su longitud oscila en el adulto entre diez y ocho y veinte y dos centímetros segun Sappey. Su calibre es distinto en los diversos puntos de su longitud; al paso que en la parte inferior y porcion correspondiente á la region esfinteriana es tan estrecho que el dedo penetra dificilmente, al nivel del pico de la próstata, dilatándose bruscamente en forma de ampolla, adquiere dimensiones mayores que pueden ser considerables en estado de plenitud del organo ó cuando repetidas y prolongadas retenciones del bolo fecal han determinado una dilatacion

por cierto muy frecuente, de la citada ampolla cuyo límite superior no está bien determinado y la separa de la porción superior ó supra-ampular algo más estrecha y cuya forma es ordinariamente cilíndrica.

La dirección del recto es casi vertical pero no debe creerse que sea recta como su nombre parece indicar, pues presenta en su trayecto dos curvaturas laterales de concavidad izquierda la superior y derecha la inferior, aunque poco importantes y solo observables en el estado de vacuidad del intestino, y otras dos antero-posteriores muy pronunciadas, la superior de concavidad anterior empieza

en el mismo origen del recto por adaptarse este á la curvadura sacro-coccigea y termina al nivel del vértice de la próstata en cuyo punto vuelvase el recto bruscamente hacia atrás describiendo la curvadura inferior opuesta á la primera y que termina en el ano.

En su origen se halla envuelto el recto por el peritoneo cuyo serosa al nivel de las vesículas seminales ó del cuarto superior de la vagina, segun el sexo, se repulga sobre la vejiga ó sobre la vagina y útero respectivamente formando un fondo de saco en el que suelen hallarse algunas asas del intestino delgado y distante unos cinco ó seis centímetros del

ano. Desde la cara anterior del recto dirige el peritoneo por las caras laterales y oblicuamente de abajo á arriba á la cara posterior donde forma un pequeño mesenterio que sostiene dicho intestino al sacro y que ha recibido el nombre de meso-recto.

Por su cara anterior el recto en su porcion peritoneal se halla en relacion con la posterior de la vejiga de la que le separa, cuando esta está vacia, las asas intestinales de que hemos hecho mencion. En la porcion no recubierta por el peritoneo está separado de la vejiga por un plano fibromuscular que se extiende desde el fondo de saco peritoneal hasta la próstata en el

que hallance alojadas las vesículas seminales que por su base descansan sobre el recto. Por debajo de ellas y descansando también sobre la cara anterior del recto á unos tres centímetros del ano se halla la próstata al nivel de cuyo pie se invierte el recto hacia atrás para formar la cara posterior del triángulo recto-uretral.

En la mujer varían estas relaciones hallándose la cara anterior en relación con la posterior del útero y cuarto superior de la vagina. El triángulo recto-vaginal corresponde al recto-uretral en el hombre.

Las caras laterales del recto se hallan en relación con la aponeurosis perineal superior y con los elevadores del ano. En la

mujer se halla además en relación con los ligamentos útero-sacros.

La cara posterior del recto está en relación con la curvadura sacra en toda su longitud descansando sobre los músculos piramidales e isquio-coxígeos y sobre los nervios del plexo sacro.

Sin contar con el peritoneo posee el recto tres capas ó túnicas que son de dentro á fuera la mucosa, la celular y la muscular entre las que se hallan vasos y nervios.

La túnica muscular consta de dos clases de fibras; longitudinales y transversales. Las primeras á diferencia de sus congéneres del intestino grueso de las que

son continuacion se encuentran disminuidas por toda la circunferencia del organo. En su parte inferior afectan una disposicion especial de la que hablaremos mas adelante. Las circulares ofrecen una disposicion análoga a las correspondientes del intestino grueso excepto en la parte inferior donde se multiplican formando un grueso anillo cual es el esfinter interno. Aparte de otros manojos de refuerzo pocos notables existe en la parte superior del recto uno conocido con el nombre de esfinter de O'Beirne por el papel que este le asignó de mantener los heces fecales en la S. iliaca quedando por tanto el recto vacio hasta el momento de la espulsion.

Por dentro de esta capa muscular se halla otra celular que la separa de la mucosa. Su laxitud es tal que no opone resistencia al prolapso del recto cuando el esfínter ha perdido su energía.

La mucosa rectal presenta numerosos pliegues tanto en el sentido vertical como en el horizontal, afectando esta disposición valvular siendo digno de mención uno situado al nivel del cuerpo de la próstata que recibe el nombre de válvula de Houston y remontándose aquellos unos cinco ó seis centímetros por sobre el ano para formar las llamadas columnas del recto. Esta túnica contiene en su espesor numerosas glándulas solitarias y su tubo.

Comprende la region anal el orificio del ano y los organos que concurren al ejercicio de su funcion.

El orificio anal se halla situado profundamente entre los ligamentos y cerca del cóxis. En el intervalo de las deposiciones se halla cerrado en forma de bolsa ofreciendo a la vista algunos pliegues cuya disposicion radiada es debida a la adherencia de las fibras del esfinter externo a la piel de la region.

La estructura del ano es muscular por esencia. Esta capa muscular está formada por tres músculos los dos esfinteres y las fibras inferiores del elevador del ano.

El esfínter externo, elipse carnoso cuyas fibras dispuestas por capas concéntricas se extienden unos tres centímetros á los lados del ano, abrazan á este fijándose por detrás en el rafe fibroso que va del orificio anal al cóxis e insertándose por delante parte de sus fibras en la aponeurosis perineal superficial y parte, después de atravesar dicha aponeurosis, se entrecruzan en el de guarismo con el bulbo-cavernoso en el hombre y el constructor de la vagina en la mujer.

El esfínter interno está formado, como hemos dicho, por las últimas fibras circulares del recto.

Las fibras del elevador del ano

convergen desde las paredes laterales de la escavacion pelviana al ano donde terminan unas fijándose en la piel de la margen del ano despues de atravesar e intercruzandose las fibras del esfinter externo y las otras cruzando perpendicularmente las fibras circulares se continuan y confunden con las longitudinales del recto.

Las arterias de esta region, arterias hemorroidales, dimanau de tres origenes distintos. Las hemorroidales superiores, las mas voluminosas, son las ramas terminales de la mesenterica inferior, las medias proceden de la hipogástrica y las inferiores numerosas pero de poco volumen derivan de la psoepudocaterna y riegan la region

esfinteriana.

Las venas del recto, cuya disposicion dado nuestro objeto nos conviene particularmente conocer, son en gran numero y voluminosas. Desembocan en la mesenterica inferior y van á parar á la porta.

La direccion de las venas hemorroidales es por regla general ascendente afectando una disposicion plexiforme bien marcada. Además se hallan desprovistas de válvulas.

En su trayecto inicial corren estas venas inmediatamente por debajo de la mucosa verificando su salida del recto á travéz de las fibras musculares propias del

mismo ó bien son subcutaneas y verifican
 su salida á través de las fibras del esfín-
 ter externo. Este paso es á beneficio de unos
 orificios formados por una ligera desviacion
 de dichas fibras. Del propio modo las fi-
 bras del recto forman para el paso de las
 venas submucosas orificios que en ciertos li-
 tros son dobles esto es están formados por
 un anillo de fibras circulares y otro de
 fibras longitudinales cuyos ejes se cruzan
 en ángulo recto. de modo que las prime-
 ras dejan para el paso de la vena un pe-
 queño orificio elíptico cuyo mayor diá-
 metro es transversal en tanto que es verti-
 cal el del orificio que circunscribe las se-
 gundas. quedando por lo tanto un agujero

cilíndrico y mucho menor con la superposición de ambos anillos.

Los linfáticos del recto afectan la disposición de los del intestino delgado alrededor de los folículos cerrados yendo a parar a una pequeña red ganglionar situada a los lados de la cara posterior de este intestino y algunos a los ganglios inguinales.

Los nervios proceden del gran simpático y del plexo sacro y acompañan a las arterias. Los que animan la piel y el esfínter externo provienen del plexo interno.

IV.

La infinidad de autores que se han ocupado de las hemorroides no están

de acuerdo respecto á la naturaleza de las mismas. Es probable, segun Nélaton, que, cuando la afeccion se halla limitada á una simple fluxion, todo se reduce á la coloracion é inyeccion propias de la enterorragia idiopática. Pero en la mayoria de los casos está caracterizada por la presencia de ciertos tumores rosados ó violáceos de forma y volumen variables.

Mas ó menos redondeados estos tumores son pediculados unos y sencillos otros, están reunidos á veces y otras separados afectando algunas la forma arracimada. Su volumen varia entre el de una lenteja y el de un huevo de ganso. Su superficie es en unos regular y en otros des-

igual y rugosa.

Respecto á la estructura de dichos tumores se han sustentado numerosas y distintas opiniones. Unos, como Beclard, Delpech, Laennec, los colocan entre los tumores erectiles, otros, entre los cuales Richer, Boyer, Recamier, Delarogue, los creen formados por tejido erétil unas veces y otros por quistes sanguíneos del tejido celular, otros con Quibby los consideran como resultado de una dilatación de los capilares que serpean por los tumores formados por el tejido celular engrosado, otros, Cooper, Lepelletier, los consideran como tumores eréctiles unas veces y como varices otras y, por fin, Keatio, Alsat, Dupuytren, Allingham,

Andrat, Raige-Delorme, Grissolle, Nélaton y otros muchos refieren los tumores hemorroidales á varias de las venas de este nombre.

Reflexo de tan diversas opiniones son las innumerables clasificaciones que se han hecho de las hemorroides. Ni en este punto alguna confusión todavía y no hay en la actualidad una clasificación que se admita por todos. Sin pasar revista de ellas citaremos la de Allingham que despues de dividir las hemorroides en externas é internas subdivide las primeras en escrecencias é hipertrofias de la piel y en tumores sanguineos venosos y las segundas en hemorroides capilares

arteriales y venosas. D. Molliere, despues de clasificarlas en idiopaticas y sintomaticas, admite las divisiones de Allingham. Jontan, considerandolas bajo el punto de vista del tratamiento las divide en indiferentes, intolerables y graves. Josselin las divide en externas e internas subdividiendo aquellas en flaccidas, turgentes e induradas y las internas en no procedentes y procedentes de cuyas ultimas señala cuatro variedades.

Prescindiendo de tantas divisiones estudiaremos las hemorroides, despues de dividir las en internas y externas, describiendo las alteraciones que sufren las venas y los tejidos vecinos por el orden de su produccion.

Consideramos con Jowelin á las hemorroides como tumores varicosos susceptibles de fluir sangre en determinadas ocasiones y las leiomus que en ellas se observan son las mismas que las de las demás venas varicosas. Sin embargo en la constitucion del tumor hemorroidal toma parte el tejido vecino á la vena dilatada y, á la par de ella, sufre ciertas modificaciones.

Así pues la diversidad de opiniones que existen acerca de la estructura de estos tumores consiste en la distinta época de su evolucion en que han sido estudiadas.

En efecto si, despues de haber inyectado las venas hemorroidales, se levanta

con cuidado la mucosa hallase, en las hemorroides jóvenes, paquetes ó pelotones vasculares constituidos por dilataciones de la extremidad inicial de las venas, dilataciones siempre aisladas al principio de la enfermedad y que dan al conjunto un aspecto arracimado.

Cuando los tumores son mas antiguos, y entendiase que nos referimos á los internos, en el trayecto de las venas sobrevienen dilataciones ampulares que afectan todo su calibre y dilataciones laterales, parciales, digitiformes.

El tejido celular vecino, al revisar de lo que sucede en las hemorroides externas, está poco ó nada modificado así.

muchas veces la autopsia no da á conocer los tumores, procedentes durante la vida, pues reduciéndose la prociencia con la muerte solo se observa en el sitio de implantacion del tumor una ligera dilatacion venosa sin modificacion alguna del tejido celular adyacente.

La mucosa esta independiente y se desliza con facilidad por sobre estas dilataciones varicosas. No obstante en los casos de prociencia se produce á veces un derrame de serosidad entre las mallas del tejido celular submucoso.

Cuando las hemorroides internas son antiguas y han sido asiento de multiples congestiones las dilataciones venosas contraen

adherencias entre sí, mas ó menos numerosas segun su antigüedad y el mayor ó menor grado de periflebitis crónica de que se acompañen, y con el Tejido celular vecino. La mucosa se halla en estos casos engrosada y vascularizada y segrega un flujo mucoso ó purulento lo que se conoce con el nombre de leucorrea anal.

Allingham, como hemos dicho, admite las hemorroides arteriales fundándose en haber visto fluir sangre arterial. Suetet ha demostrado la anastomosis de finas arteriolas con venas de mayor tamaño, y así, dice Despres, una hemorragia debida á la lesion de una vena cerca de una de estas anastomosis dará sa-

gre rutilante como la arterial. Josselin la niega tambien fundado en que en la autopsia de hemorroidarios jamas ha encontrado dilataciones arteriales y sostiene que la rutilancia de la sangre en ciertos casos es debida a que solo ha recorrido al salir un corto trayecto venoso por lo que todavia no ha perdido los caracteres de sangre arterial. Ademas el modo como fluye sin intermisiones ni fuerza y la ausencia de pulsaciones en los tumores son razones que le hacen desechas la idea de tales hemorroides.

Las hemorroides externas se presentan en la region anal bajo distintos aspectos ya en forma de un tumor aislado, de volumen variable, en un punto alrededor

del ano, ya, mas a menudo, existen en número de dos o tres mas o menos distantes entre si, o ya ocupan toda la circunferencia del ano en una forma que les ha valido el nombre de rodete hemorroidal externo.

Cuando el tumor es unico suele ser pediculado al paso que los que forman el rodete son aplanados y sesiles. Su color varia segun que los recubra la piel o la mucosa o ambas a la vez. Rosado en el primer caso es violaceo en el segundo y participa de ambas coloraciones en el ultimo.

Las venas presentan las citaciones de que hemos hablado a propósito de las hemorroides internas. A pesar de esto y

del aumento de la tension sanguinea que experimentan las paredes venosas no siempre se rompen y es fácil comprobar en la autopsia la continuidad de la membrana interna de las venas dilatadas con la de la porcion sana de las mismas. La continuidad de tales causas concluye, sin embargo, por adelgazar y romper dichas paredes y en este caso la sangre, extravasandose en el tejido celular vecino, forma verdaderos quistes sanguineos. Otras veces estas paredes sufren una alteracion opuesta, se engruesan y contraen adherencias entre si o con el tejido celular a guisa de una hiperplasia de tal suerte que un corte practicado en estos tumores deja ver las boquillas de

las venas abiertas cual si fueran arterias. El tejido conjuntivo de la túnica externa prolifera y las fibras musculares de la media se hipertrofian desarrollándose placas calcáreas (flebotomas) en la porción fibrosa de esta túnica. En el caso contrario el tejido celular se atrofia y rarifica y las dilataciones varicosas por si solas constituyen el tumor.

Las paredes de las venas varicosas contraen á veces adherencias que dan al tumor un aspecto cavernoso de aquí que muchos hayan considerado á las hemorroides como tumores eréctiles. Otras veces la cavidad del tumor se obtura por uno ó varios coágulos que generalmente

superior luego una degeneracion gránulo-
grasosa.

Si en el curso de la afecion sobreviene una flebitis adhesiva no se halla debajo de los tegumentos mas que tejido celular hiperplasiado, la cavidad hemorroidal y su contenido han desaparecido por completo. Estos tumores que los antiguos conocian con el nombre de *marisets* han dado ocasion á Allingham para describir hemorroides externas constituidas en su concepto por la hipertrofia de la piel.

V.

La posición declive y la ausencia de válvulas ponen á las venas he-

hemorroidales en condiciones muy desfavorables para la circulación de retorno y estas dificultades aumentan por su paso á través de los espasmos musculares de las fibras del recto y sus esfínteres. Según Duvivier la simple tonicidad de estos esfínteres produce frecuentemente en estado fisiológico la dilatación de las extremidades terminales de las venas hemorroidales, dilataciones que aguardan solo la primera ocasion para desarrollarse y constituir la hemorroide. Así pues este tono muscular, necesario para la contencion de las materias fecales, es una primera causa de varicis ano-rectales, causa, aunque ligera, continua.

Otras causas concurren á entor

por dicha circulacion. La defecacion du-
 rante la cual el elevador del ano y las
 fibras longitudinales del recto se contraen
 quedando las venas como estranguladas
 al nivel de su paso a traves de ellas y
 volviendose mas flexuosas a consecuencia
 del acortamiento que sufre el intestino es
 sin disputa otra importante causa fisiolo-
 gica de dilatacion de las venas hemorroi-
 dales. Estas, en tales condiciones, se acercan
 unas a otras comprimiendose mutuamente
 y su disposicion plexiforme hace que el
 estasis que de aqui resulta no se limite a
 las venas superiores sino que paulatinamen-
 te invade las medias e inferiores haciendo-
 se pronto general esta dilatacion.

La Tonicidad de los esfínteres basta á asegurar la contención de las materias fecales pero viene un momento en que estas provocan una sensación de peso en el periné y deseo de expulsión que á su vez es punto de partida de una sensación refleja que parte de la parte inferior de la médula y cuyo último acto es la defecación. La resistencia á este deseo, solo posible hasta cierto límite, hace entrar en juego la actividad contractil del esfínter interno que de su estado de tono pasa al de contracción activa reteniendo por tanto el bolo fecal. El hábito de resistir á tal deseo ejerce, bajo el punto de vista de la etiología de los tumores hemorroidales, una funesta influencia. En efecto, embon-

tándose la sensibilidad de la mucosa la sensación refleja de que hemos hablado no tiene lugar, establece la constipación y acumulándose en gran cantidad las materias fecales comprimen los vasos hemorroidales dilatándose las venas de este nombre á causa de la dificultad que dicha compresión ejerce sobre la circulación de retorno. A mas de que la defecación no se verifica sino á costa de grandes esfuerzos durante los cuales estas venas se hallan sometidas á compresiones que dificultan mas aun esta circulación. En efecto la resistencia del esfínter solo cede á la presión que el diafragma y los músculos abdominales ejercen de arriba á abajo sobre el

bolo fecal y la que en sentido contrario giran sobre el recto sus fibras longitudinales dilatando al propio tiempo su orificio

Otra circunstancia considerada como capital en la formación de las hemorroides y en su desarrollo es el espasmo anal, este estado de contractura o contracción exagerada casi permanente á que por diversas causas llegan las fibras musculares ano-rectales y que domina la sintomatología de los tumores hemorroidales.

Maisonneuve admirado de la frecuencia en los hemorroidarios de esta contractura examina el papel que en dichos tumores desempeña y la considera como

la principal causa de los fenómenos dolorosos de que son objeto. Vermeil más tarde insistiendo sobre el papel que esta contracción muscular desempeña en la génesis de las hemorroides la considera como causa productora y como complicación consecutiva y causa de congestión.

Para Jontan este espasmo juega el principal papel en la patogenia de los tumores hemorroidales. Admite este autor una contractura idiopática, afección nerviosa esencial, capaz de exagerar los trastornos circulatorios de antemano producidos por la tonicidad y contracción fisiológica de los planos musculares del recto. Este insidioso desarrollo puede exis-

tir, según él, muchos años de manifestarse
 exteriormente ya por un derrame sanguíneo
 ya por un tumor. Desde aquel momento la
 lesión existe y esto que los antiguos llama-
 ban fluxion y miraban como la idiopa-
 tia del estado hemorroidal es al contrario
 un fenómeno tardío y secundario.

Vemos pues á este autor admitir
 la contractura como primitiva siempre y
 causa de las hemorroides. Esta esencialidad
 del espasmo no puede admitirse sin acep-
 tar otras análogas, tales como blefarospas-
 mos, vaginismos, etc. sin lesión de vecindad
 alguna contra lo que la práctica nos ense-
 ña diariamente.

A nuestra manera de ver estas di-

lataciones iniciales de las venas hemorroidales resultantes del funcionalismo fisiológico del sistema muscular ano-rectal solo aguardan una ocasión para desarrollarse y son, en la mayoría de los casos, el punto de partida de contracciones musculares reflejas que, aumentando el trabajo circulatorio, dan lugar a la producción de verdaderas varices rectales que a su vez determinan contracciones reflejas mas energicas o sea el espasmo. Tal es la opinion de Duret que considera esta contractura producida por la irritación que en la mucosa intestinal provocan las ampollas varicosas.

Pero una ulceracion, una fisura del ano, un pequeño absceso subcutaneo pue

den ser, en muchos casos, el punto de partida de una acción refleja que da lugar a la contractura del esfínter y consecutiva producción de tumores hemorroidales. Aquí las hemorroides son realmente el efecto, el resultado del espasmo pero en la mayoría de los casos son preexistentes a él y lo determinan por el indicado mecanismo.

Además de las causas que acabamos de ver influyen en la formación de las hemorroides todas aquellas que determinan una detención u obstáculo en la circulación de la vena porta; tales son los tumores abdominales, el embarazo, las afecciones del hígado y en particular la cirrosis, las enfermedades del corazón que

ocasionan un trastorno en la circulación venosa, los esfuerzos en general, los del parto, la constricción del talle por vestidos muy apretados, la vida sedentaria, la equitación, el permanecer mucho tiempo sentado etc. causas cuyo modo de obrar se comprende hasta fácilmente para que insistamos en explicar su mecanismo:

Después de estas causas, mecánicas y que producen, valiendonos de una frase de Fermeil, hemorroides pasivas, viene otro orden de ellas llamadas activas cuyo modo de obrar es á beneficio de la producción de un aflujo de sangre arterial la cual, hallando por las mismas dificultado su retorno, se estanca en las venas hemorroidales.

dando lugar á la formacion de varices. Las enfermedades congestivas del aparato genésico y de la vejiga, la irritacion de la mucosa rectal, ciertos purgantes drásticos sobre todo el aloés, la plétora, etc pertenecen á esta categoría.

La alimentacion abundante y azoada tiene una influencia incontestable en la etiología de las hemorroides. Bajo su influjo el tubo digestivo se halla continuamente en un estado de vascularizacion excesiva, á causa del trabajo exagerado que há de verificarse, que acrece la dificultad circulatoria del sistema de la vena porta determinando estasis que frecuentemente repetidos dan lugar á dilataciones va.

ricas de las venas hemorroidales.

Las hemorroides pueden ser una manifestación diatésica especialmente en la diatésis artrítica. Véase, en efecto, muchos gotosos afectados de tumores hemorroidales. Aparte de la influencia que en su producción ejerce la alimentación suculenta por regla general de los gotosos es probable que se desarrollen a consecuencia de un fenómeno de contractura ya que aquella afecion lo determina en distintos músculos de la economía.

Diremos, para terminar este capítulo que las hemorroides son más frecuentes en el hombre que en la mujer, en el adulto que en el niño y pueden ser hereditarias.

VI.

Los tumores hemorroidales pueden existir durante mucho tiempo y aun toda la vida sin dar lugar a ningun sintoma o fenomeno que llame la atencion del enfermo Pero no siempre sucede así y en estos casos sea despues de una congestion o de un flujo sanguineo se manifiestan por diversos sintomas muchos de los cuales son efecto del espasmo anal de que se acompañan estos tumores

Las hemorroides externas, una vez constituida la afeccion, se presentan bajo la forma de uno o varios tumores rosáceos o violados segun que los recubre la piel o

la mucosa. En su estado ordinario estos tumores están flácidos, arrugados, son insensibles á la presión. Pero á menudo bajo la influencia del continuo roce á que están sujetas, se escorían, se ulceran y son asiento de una viva inflamación y entonces tienen un color rojo, están tensas, lías, ocasionan intensos dolores á veces intolerables, tenismo, sensación de peso en el ano, incontinencia de materias líquidas y gaseosas y á veces constipación. El ano está rojo injetado y dolores lumbares y abdominales vienen á completar el síndrome que se acentúa en la estación vertical haciéndose la marcha penosa y á veces imposible.

En cierto número de casos una

flebitis adhesiva ó la formacion de coágulos en el interior de la vena varicosa pueden detener y aun curar esta afecion quedando en el sitio del tumor una elevacion dura que se conoce con el nombre de concha ó marisco.

Las hemorroides internas en su estado de turgencia se presentan al tacto anal, siempre muy doloroso y á veces imposible, bajo la forma de tumores redondeados de volumen y número variables. Producen una sensacion de peso en el periné tenesmo y una irritacion espasmódica del ano acompañada en ciertos casos de una escasa fraccion serosa ó sero-purulenta llamada leucorrea anal. Los estos tumores de ordi-

nario poco doloroso pero á veces se acom-
 pañan de fuertes cólicos, dolores renales, dis-
 turia y aun anuria por compresion del cue-
 llo de la vejiga. En las mujeres pueden
 simular síntomas de una lesion uterina
 como lumbago, leucorrea, etc. Son á veces
 bastante voluminosos para obstruir casi por
 completo el orificio anal y en estos casos
 la defecacion es muy dolorosa y á veces
 imposible. Solo se logra á costa de los mas
 vivos suprimientos y despues de grandes es-
 fuerzos durante los cuales no solo salen los
 tumores al exterior si que tambien la mu-
 cosa rectal cuyo prolapsu determinan.

Las hemorroides internas proceden-
 tes, esto es que se presentan al exterior, pue-

den permanecer irreductibles en cuyo caso aumenta el volumen y la tension de estos tumores, oscurece su coloracion que de violada llega á plomiza y los enfermos presentan sintomas de estrangulacion herniaria. Esta estrangulacion suele terminarse por hemorragia ó por gangrena terminacion que Ravaton considera como la mas favorable.

Los tumores hemorroidales son á veces asiento de un flujo sanguineo mas ó menos considerable. En ciertas ocasiones este flujo obra en sentido favorable rebajando los sintomas de congestion ya locales ó ya lejanos. Pero cuando da lugar á hemorragias considerables, agravandose á medida que se repite produce la anemia, de-

macraion, trastornos de las funciones digestivas y de lugar á un estado coagúctico que algunos han designado con el impropio nombre de *fiis hemorroidal*.

Segun Gosselin, la cantidad de sangre perdida durante la hemorragia varia entre media cucharada y uno ó dos vasos; es habitualmente negra y fluye sin fuerza ni intermitencias. El flujo suele persistir de uno ó dos dias ó una ó dos semanas, cesando comunmente para presentarse á intervalos mas ó menos aproximados, á menudo irregulares, á veces periódicos. Persiste en ocasiones durante toda la vida agravándose y dando lugar á los fenómenos antes descritos, y en otras los intervalos son

cada vez mayores concluyendo por cesar el flujo por completo verificandose así la metamorfosis de las hemorroides fluidas en hemorroides secas.

VII.

El diagnóstico de las hemorroides no ofrece, por regla general, grandes dificultades. Las hemorroides externas tienen un aspecto, del que ya nos hemos ocupado, que no permite confundirlas con los tumores parecidos e implantados en la margen del ano. Las secas o mariscos, no obstante pueden ser confundidas con condilomas papilomas y otras excrescencias sifilíticas de la piel.

El condiloma se distingue por que tiene de ordinario su asiento en la parte posterior del ano ofreciendo el aspecto de un pequeño tumor vegetante aplanado transversalmente por la compresion que entre las nalgas sufre. Si es lateral suele acompañarse de otro simétrico y otras veces se acompaña de úlceras ó fisuras chancrosas y otras manifestaciones sífilíticas. Como los papilomas y otras vegetaciones cutáneas descansa sobre un fondo indurado lo que nunca sucede en el tumor hemorroidal.

Las hemorroides internas pro-cidenter aparecen por debajo del ano, principalmente durante la defecacion, y su diagnóstico es fácil. Cuando irre-

ducibles e inflamadas el color p'omizo y los síntomas de estrangulación son característicos.

Mas dificultades presenta el diagnóstico de las hemorroides internas no procedentes y estas dificultades aumentan en los casos en que estos tumores pasan desapercibidos al tacto rectal. En efecto el dedo introducido en el recto, el cual debe, no halla ninguna empuje, ninguna irregularidad de la mucosa y sin embargo el enfermo pierde sangre en abundancia durante las defecaciones y aun en sus intervalos, durante este acto siente en el periné una sensación de peso y plenitud que desaparece despues de la

expulsion de las materias fecales; pero los tumores no son bastante voluminosos para encajarse en el anillo esfinteriano, no son proclives y se retraen cuando, por efecto de la relajacion de las fibras musculares del intestino y de la pérdida de sangre, las paredes venosas, blandas todavía, se aplastan contra sí mismas. Es pues en el momento de regir cuando deben examinarse los enfermos que aquejan hemorroides fluentes, si durante el intervalo de las deposiciones no se hace constar la existencia de ningun tumor externo ni interno». Será pues de inutilidad antes de examinar el recto encargar al enfermo que verifique esfuerzos de expulsion.

Pueden confundirse las hemorroides internas con un cáncer del recto. No obstante el relieve persistente, los dolores característicos, la salida por el ano del íon canceroso y su hedor fétido disipan toda duda y bastan para aclarar el diagnóstico.

Pueden, también, ser confundidas con los pólipos rectales pero estos son generalmente pediculados, móviles, esponjosos ó fungosos, parecen estar formados por muchos lóbulos y se desenvuelven lentamente sin presentar esas alternativas de congestión y flaccidez que caracterizan á los tumores hemorroidales.

Un detenido examen de la región y un atento interrogatorio bastarán pa-

ra distinguir la hemorragia rectal de la secrecion mucosa que á veces acompaña á las hemorroides internas y á la que los medicos de la antigüedad bautizaron con el nombre de hemorroides blancas.

VIII.

Las hemorroides externas por si solas no constituyen una afeccion grave y en ocasiones solo dan lugar á dos ó tres crisis durante la vida del enfermo al paso que los efectos de hemorroides internas suelen sufrir frecuentes recidivas acompañadas de considerables dolores y su gravedad mas que en ellas mismas estriba en su protrusion, estrangulacion, abundantes hemorragias, etc.

El pronóstico, pues, debe basarse mas en las complicaciones y su intensidad que en la enfermedad misma.

Pero donde el pronóstico adquiere verdadera importancia práctica es bajo el punto de vista de la terapéutica y en tal sentido hay que plantear el problema: ¿hay que curar las hemorroides?

Cuestion es esta que viene debatiéndose desde la mas remota antigüedad. En efecto Hipócrates en sus obras ya emitió acerca de esta afección varias proposiciones y entre otras las siguientes:

«Las hemorroides son debidas a la fijacion de la bilis ó de la flegma en las venas del recto».

«Los que tienen hemorroides no padecen pleuresia ni perineumonía»

«Las varices ó hemorroides que sobrevienen á los melancólicos y á los que padecen una enfermedad de los riñones les son buenas y útiles».

«Las varices ó hemorroides que sobrevienen á los melancólicos y á los alienados les libran de su locura».

Por lo que se ve que el anciano de Coa consideró las hemorroides como un emuneforio saludable lo que sin embargo no le impidió formular un tratamiento quirúrgico completo en su «Tratado de las hemorroides». Establece no obstante prudentes restricciones como puede deducirse del siguiente Aforismo:

«Si en los sujetos á quienes se curan hemorroides antiguas no se deja una, es de temer que sobrevengan hidropesias ó fisis».

Esta opinion del padre de la Medicina há tenido numerosos defensores figurando entre ellos Celso, Galeno, Orbasio, P. de Egipto, et de Bralles, Rhazés, Avicena, Avicenna y muchos otros que inspirandose en las ideas de Hipócrates las consideran como un flujo útil en la mayoría de los casos y las operan rara vez, al paso que Escilio las cree inútiles, perjudiciales y molestas operandolas en todos los casos.

En el siglo XVI Et Paro y Paracelso admitieron las opiniones de sus antecesores y preconizan un tratamiento mi-

dico contra esta afecion.

Sculteto y Fabricio d' Acupendente en el siglo XVII recomiendan la cauterizacion de las hemorroides.

Sthal en el siglo XVIII exagerando las ideas de Hipócrates las considera como un bien de la naturaleza y aconseja respetarlas siempre rechazando Poelo tratamiento curativo cuyos accidentes pinto con sombríos colores. Cullen, Stoll y mas tarde Montegre se adhieren a esta opinion que habian profesado aunque no Pan en absoluto Sydenham, Bartez Pinet y otros.

En nuestro siglo se ha verificado una reaccion en contra de estas ideas a lo que han contribuido particularmente

los cirujanos franceses. En efecto Boyer, Gerard, Amussat, Chassaignac, Verneuil, Fontan, Gossetin y otros muchos se esfuerzan en demostrar las exageraciones en que los antiguos incurrieran y preconizan un tratamiento radical de las hemorroides. Este último autor, tal vez el defensor mas vehemente de la curacion, despues de estudiar detenidamente esta cuestion exclama: «singular estado de salud en que una afecion os conduce antes de tiempo á este estado de enfermedad y de sufrimiento.» y dice mas tarde: «i error deplorable el del que por temor á enfermedades posibles deja subsistir enfermedades reales.» párrafos que dan exacta idea de su opinion en este asunto.

Partidarios de tanta valía como militan en uno y otro bando difícilmente en extremo nuestra opción por unas u otras ideas pues prácticos y bien distinguidos basan sus opiniones en una larga y bien fundada experiencia. Esta última razón nos apartará del exclusivismo y nos atenderemos para juzgar esta cuestión al síndrome del hemorroidario y a la causa de la afección.

Así, cuando las hemorroides dependen de una congestión hepática, cuando estas hemorragias son periódicas y duran poco, será ventajoso conservarlas pues estas pequeñas emisiones sanguíneas producen el mismo efecto que las aplicaciones de sanguijuelas. En igual caso colocaremos a las que se pre-

sentan en individuos de cuarenta ó cincuenta años, plétóricos, en los que la hemorragia va seguida de alivio en una cefalalgia, congestión cerebral ó de otros órganos que ellos presentan.

En los gotosos ó reumáticos en los que las hemorroides solo dan lugar á síntomas insignificantes y cuya supresión podrian dar lugar á manifestaciones clásticas de mayor gravedad conviene no intervenir limitándose solo á vigilar la alimentación, ordenar las deposiciones, etc para mantenerlas en un estado latente ó impedir su desarrollo.

Peró si las pérdidas sanguíneas son muy abundantes y conducen á la anemia,

si los tumores hemorroidales son asiento de vivos dolores, fuerte contractura espasmódica del ano o determinan el prolapso del recto es necesario combatirlas con energía y sin temor de que la sangre que en lo sucesivo dejara de perder el enfermo, de la que frecuentemente tiene gran necesidad, vaya a producir congestiones en algun órgano interno.

IX.

El tratamiento de las hemorroides puede ser profiláctico, paliativo o curativo.

El tratamiento profiláctico está basado en la higiene a la que corresponden.

de evitar todas las causas de congestion en la Caza pélvis, los esfuerzos, equitacion, estacion sentada durante largos ratos y sobre todo en estos almohadones agujereados en su centro que en vez de disminuir las hemorroides las aumentan. Hay que evitar al propio tiempo los alimentos crudos y en gran cantidad, procurar la regularidad en las deposiciones siendo útil, segun Dujarié, hacerlas preceder de un enema frio. Los enemas y los baños locales frios tambien son, segun Fissolle, muy ventajosos para a mas de calmar el dolor, disminuir el volumen de los tumores y tender a su resolucion.

El tratamiento paliativo se di.

rige ya contra las hemorroides o sus complicaciones ya contra la constipacion. Esta se combatira' con los purgantes oleosos o azucarados o ya con las aguas minero-medicinales purgantes Young recomienda a este objeto la glicerina o la clorura de sosa a diez gramos atribuyendola propiedades curativas

Las lociones astringentes se han usado al objeto de disminuir la distension de los tumores asi como las hemorragias de que son asiento.

El dolor exige el uso de los calmantes. El opio, belladona, malvaiceo y sobre todo el unguento populeo forman la base de las pomadas y supositorios.

calmantes. Pero si el dolor depende de la congestión reclama el uso de los emolientes y aun de las sanguijuelas y si es debido á erosiones en la superficie de los tumores ningun calmante mejor que los toques de nitrato de plata.

Si el tumor hemorroidal se halla proclivente é inflamado se procurará reducirlo previo ó no desinfecto. La taxis se practicará metódicamente, sosteniendo con el dedo las porciones que se vayan reduciendo, hasta que el tumor lo esté por completo aplicando luego un tapón contencivo sostenido por un vendaje en S.

Háase atribuido virtudes curativas á diversos medicamentos talu como la

miturama, coliclosia menor, pimiento, etc.

Son medicamentos inofensivos y pueden ensayarse sin inconveniente, pero el único tratamiento curativo de las hemorroides es el quirúrgico.

Al ocuparnos del pronóstico dijimos ya que el padre de la Medicina instituyó el tratamiento quirúrgico de estos tumores describiendo en su Tratado de las hemorroides tres métodos operatorios: la ligadura, la escisión y la cauterización. Desde el hasta nuestros días se ha ido ensanchando considerablemente el campo de los procedimientos merced al rico arsenal que en este espacio de tiempo ha adquirido la Cirujía, aunque en lo fundamental por diferan-

de los indicados por el anciano de Coo

Los procedimientos operatorios que merecen llamar nuestra atención son la cauterización, ligadura, escisión y dilatación forzada del ano pues la compresión, incisión y resección están hoy día casi abandonadas por infieles o peligrosas.

No es menester recordar que, sea cualquiera el método que se emplee, debe administrarse la víspera un purgante, de preferencia el aceite de ricino, y algunas horas antes de la operación una lavativa al objeto de desembarazar el vientre y tener limpia por completo la cavidad rectal. El enfermo se colocará en decúbito supino con los muslos doblados y separados o bien

en decúbito lateral, el miembro inferior en extensión y el otro plegado sobre el tronco cuidando un ayudante de mantener la correspondiente nalga elevada. La cura consecutiva consistirá en compresas frías, emmas almidonados u opiáceos, inyecciones de morfina contra el espasmo doloroso y además aconseja O'Neil la aplicación de torundas de algodón empapadas en

Extracto de belladona — 0'25

Extracto de opio — 0'35

Subacetato plumbico diluido 30'00

y para procurar la retracción, evitar los esfuerzos de defecación y los dolores de vientre se usarán las póciones opiáceas o la que recomienda O'Neil:

Polvere de creta aromatizado - 1'20 gramos

Tintura de opio — — — 0'75 gramos

Uter nitrico — — — 4 gramos.

Mistura alcanforada - 48 gramos.

para tomar en dos dias.

Conviendra' por ultimo que el operado guarde absoluto reposo durante los primeros dias siguientes a la operacion a fin de facilitar la cicatrizacion.

La cauterizacion se verifica con el hierro rojo, método empleado por los antiguos y preconizado por Pégiv ya con un simple cauterio olivar como usa este autor, ya con las pinzas de Richet de bocados planos y dentados, ya con el cepo de los cirujanos ingleses (clamps) empleado por A

Lingham ó ya con el termo-cauterio de Paquin, por medio de la galvano-caustia como lo hace Ferriault y mediante los causticos potenciales ya sólidos, pasta de Viena usada por Sedillot, ya líquidos como el ácido nítrico usado por Gouelin. El procedimiento operatorio consiste en sujetar los tumores por medio de pinzas, crinas, etc verificando luego la aplicacion del caustico variando en los detalles segun el método adoptado.

La ligadura se ha empleado con frecuencia en Inglaterra y el Dr. Salmon nos ha descrito un procedimiento especial que consiste en la diseccion de los tumores y ligadura consecutiva. Comprende además este método la ligadura elástica y la cons-

trición lineal cuya técnica es de todos conocida.

La escisión, como su nombre indica, consiste en la ablación de los tumores y se ha practicado con ligeras variantes por Boyer que al propio tiempo escindía el esfínter, Dupuytren que la combinaba con la cauterización, Félpeau que atravesando el tumor con muchos hilos lo anudaba después de haberlo escindido reuniendo por primera intención, etc.

La dilatación forzada del ano fue practicada por vez primera por Pecanier quien, introduciendo el índice en el ano y aplicando el pulgar en el borde del mismo, comprimía el esfínter entre los

dos dedos llamado a esta práctica amasamiento cerrado. Maisonneuve substituyó al masaje por la introducción de dos dedos, ya los índices ya los pulgares, en el recto separándolos lenta y progresivamente en el sentido de los diámetros anteroposterior y Transversal de la pequeña pelvis.

Mereced a los trabajos de Verneuil y Gosselin este procedimiento se ha generalizado al propio tiempo que ha sido objeto de varias modificaciones tales como la dilatación brucea, la instrumental por medio de un speculum Ricord o Cusco y esta última combinada con la digital.

En nuestro concepto es preferible la dilatación gradual y con los dedos porque

permite evitar las desgarraduras que las fibras musculares de los esfínteres sufren con frecuencia por el uso del especulum y además permite moderar o aumentar la presión según se juzgue conveniente pero cuando el ano se halla profundamente situado entre ambas nalgas y no le alcanzan los dedos habrá que recurrir al especulum.

Opinan algunos, y entre ellos L. Lefort, que en esta operación está contraindicada la anestesia fundándose en los peligros que esta ofrece y en la brevedad con que la distensión se verifica. Sin embargo creemos con Fontan que debe practicarse con las debidas precauciones. Este

autor, que aconseja el empleo del éter sulfúrico, cree indispensable llevarlo hasta la resolución muscular completa con lo que se evita el síncope, el dolor vivísimo que la operación determina y se facilita al propio tiempo la dilatación.

La cauterización de un tumor hemorroidal ocasiona estensas cicatrices que no pueden menos de dar lugar á vastas retracciones. La cauterización puntada de la que Richet y Obbingham han obtenido tan buenos resultados, no ofrece este inconveniente y lo mismo podemos decir del asa galvano caústica de Ferriéux que, como los procedimientos anteriores, tiende á provocar en el tumor un pro.

ceso flegmático en el tumor, que, ayudado por la formación de tejido inodular, lo atrofie y vuelva impermeable al paso de la sangre. Esta operación previene la hemorragia aunque no la erisipela ni la infección purulenta. Consideraciones análogas podríamos hacer respecto la cauterización química.

La ligadura, aunque previene de la hemorragia, es una operación lenta y muy dolorosa y no pone al abrigo de la infección purulenta. La ligadura elástica podría, no obstante, utilizarse en tumores pequeños y bien pediculados y lo propio diremos de la constricción lineal.

La escisión es un procedimiento

rápido y expeditivo pero expone a graves hemorragias y a estrecheces consecutivas por la gran pérdida de sustancia que ocasiona. Además se acompaña a menudo de flebitis e infección purulenta.

La dilatación forzada del ano, destruyendo la acción de las fibras musculares ano-rectales contraídas, causa de los síntomas molestos y de la persistencia de los tumores hemorroidales, es una operación muy sencilla, de grande inocuidad e incontestable eficacia. A ella damos la preferencia citimando en mas la dilatación gradual y digital que permite graduar la acción a voluntad y evitar el contacto de instrumentos con las partes inflamadas.

X.

Se deduce de lo manifestado en las consideraciones precedentes:

Que las hemorroides constituyen una afeccion muy frecuente y conocida desde la mas remota antigüedad,

Que la posicion declive y la ausencia de válvulas en las venas hemorroidales asi como la disposicion anatomica de la parte favorece la produccion y desarrollo de los tumores hemorroidales,

Que las hemorroides no son mas que varices de las venas hemorroidales,

Que la constipacion y todo lo

que tiende á entorpecer la circulacion ano-rectal o determina un aflujo mayor de sangre en dicho punto y á veces ciertas diatesis son causas predisponentes y aun ocasionales de las hemorroides,

Que el espasmo de las fibras musculares de los esfinteres y de las propias del recto pueden dar lugar á las hemorroides pero es casi siempre consecutivo á ellas y las sostiene oponiendo mayores obstáculos á la circulacion local dominando además en su síndrome,

Que las hemorroides suelen ofrecer alternativas de congestion y flaccidez manifestandose en el primer caso por un conjunto de síntomas muy marcados y

quedando reducidas en el segundo á simples tumores flácidos y que cuando mas ocasionan una ligera molestia,

Que su diagnóstico es fácil por regla general y su pronóstico no es grave tanto que algunos las han considerado como un bien de la naturaleza,

Que pueden, no obstante revestir cierta gravedad en consonancia con las complicaciones de que suelen ser asiento;

Que respetaremos las hemorroides antiguas que no den lugar á dolores intolerables ni á pérdidas sanguíneas muy abundantes sobre todo si recaen en individuos plétóricos ó predispuestos á congestiones, las dependientes de una afec-

cion hepática y las sintomáticas de una diátesis en cuyo caso nos limitaremos a paliarlas e impedir su desarrollo con los medios higiénicos y farmacológicos de que oportunamente hemos hablado.

Que, siempre cuando cualquier complicación las dé un carácter de gravedad tal que comprometa la vida o la salud del paciente, reclamarán una intervención activa y eficaz.

Que el tratamiento curativo de las hemorroides es del dominio exclusivo de la Cirujía lo que pone a nuestra disposición variados procedi-

mientos operatorios talu como la cauterizacion, la ligadura, la escision, la dilatacion forzada del ano, etc que, segun los casos, pueden utilizarse, ora aislados, ora combinados y

Que, salvo raras excepciones, la dilatacion del ano es preferible á los otros procedimientos quirúrgicos pues, á mas de ser una operacion fácil, ofrece grande inocuidad á las flebitis, infeccion purulenta, cicatrices y retracciones y estrecheces consecutivas del recto, hemorragias, etc y, destruyendo la causa principal que sostiene los hemorroides, el espasmo del ano, conduce infaliblemente á una completa curacion.

Y aquí daré fin á este imperfecto trabajo esperando que, á pesar de sus muchas faltas, lo acogereis con benignidad con lo que añadiréis otro título al de complacencia con que lo habeis escuchado. He dicho

Luis E. Vela y Estrada



Madrid 19 Junio de 1883.





