

en seis meses. El error con el cáncer, no es muy grave, porque el tratamiento es el mismo y nadie está garantido que no puedan estar asociadas las dos lesiones.

En lo que a la terapéutica se refiere, la forma fibrosa merece una exisión amplia igual que el neoplasma, solamente así se estará garantido de extirpar toda la lesión.

Es lo que pasó en nuestras dos enfermas que sufrieron una extirpación completa por pensar en el neoplasma, pero que han sido compensadas por una curación clínica que perdura después de 16 y 24 meses respectivamente.

Presentado en la Sesión del 19 de Agosto de 1931

Preside el Dr. Stajano

### *Inyecciones esclerosantes en hemorroides*

por los doctores J. BADN y D. VAZQUEZ

El objeto de nuestra comunicación es dar a conocer nuestros resultados en el uso de las soluciones de quinina uretano concentradas, para la cura de las hemorroides, en una sola sesión.

Desde que Sicard rejuveneció el procedimiento esclerosante para el tratamiento de las várices, su empleo se fué extendiendo también a otras localizaciones varicosas — hemorroides y varicocele, — para este último, la aplicación del método no fué muy eficaz, tendiéndose en la actualidad a su abandono.

Para las hemorroides, en cambio, su uso fué generalizándose poco a poco, hasta llegar a ocupar hoy un lugar de predilección en la terapéutica hemorroidaria. Desde el empleo de las soluciones diluídas de quinina y uretano al 5 %, practicadas por Bensaude, Oury, Terrel, Delater y Wendel, hasta las inyecciones de glicerina fenicada de Mitchell, Roux, Dumbar, Kennedy-Murphy, las inyecciones de alcohol de Boas, y el empleo del suero glucosado hipertónico, aceite fenicado, salicilato de sodio, etc., numerosos proctologistas han ensayado con éxito estas distintas substancias; pero, su uso, constituía un tratamiento ambulatorio que exigía numerosas sesiones escalonadas durante varias semanas o varios meses, y no excluía la posibilidad de guardar cama, después de la inyección, ni suites dolorosas, ni el empleo de anestesia previa y a veces, riesgos de recidiva. Bellot, en varias publicaciones hechas en los años 28 y 29, relata los resultados obtenidos por él en más de 250 casos, tratados por la quinina y uretano en solución concentrada y en una sola sesión.

Nosotros hemos usado su técnica en 30 casos, y expondremos ahora suscintamente su manera de realización, sus indicaciones y sus resultados.

**Preparación del enfermo.**—La víspera de la inyección — de mañana — se purga y se practica un lavaje intestinal, por la noche. El día de la inyección — de mañana — otro lavaje y se comienza la constipación a expensas de 0.10 centígramos de extracto de tebaico por día. La región es preparada como para cualquier intervención a ese nivel.

La solución química empleada, es el clorhidrato de básico de quinina y uretano al 40 %, según esta fórmula:

Clorhidrato básico de quinina	0.80
Uretano	0.40
Suero fisiológico c. s.	2 ccs.

Colocado el enfermo en posición de talla, se aplica sobre la región anal una ventosa, cuyo diámetro debe ser menor que la distancia interisquiática, ventosa que debe circunscribir bien toda la margen.

La ventosa vuelve tumefactos no solamente las hemorroides externas, sino que exterioriza también las internas. Se deja la ventosa algunos minutos, mientras se prepara la inyección. Esta debe ser practicada con una jeringa de 1 c. c., munida de una aguja de fino calibre, de un 1 centímetro de largo. La cantidad de substancia a inyectar, en total, sobrepasa excepcionalmente 1 ½ c. c. a 2, aun en anos con abundantes hemorroides. Se saca la ventosa y rápidamente se enjuga el mucus o la sangre, y se practica una desinfección con alcohol yodado de todo lo que se ha exteriorizado. Se comienza por inyectar las hemorroides internas, rápidamente, antes que se reduzcan. A veces esta reducción es tan rápida, que es necesario pinzarlas inmediatamente de retirada la ventosa para impedirlo.

Se comienza entonces por las internas e inferiores, para no ser molestado por la sangre, y se punciona en plena hemorroide (sin preocuparse, por otra parte, si se está dentro o fuera de la luz), y se inyecta una gota o dos solamente, repitiendo la operación por intervalos de 1 centímetro, tanto las hemorroides internas como las externas.

Hay un detalle importante de retener, puesto que constituye uno de los elementos de eficacia del método, prevenir toda recidiva esclerosando parcialmente de antemano todo el terreno sobre el cual la diatésis hemorroidaria no tiene más que evolucionar y, para lo cual, sobre la margen aparentemente sana, se esclerosa preventivamente el substractum vascular submucoso de la margen, diseminando allí, en cada centímetro, una gota de quinina. Deben inyectarse también los maris-

Nosotros hemos usado su técnica en 30 casos, y expondremos ahora sucintamente su manera de realización, sus indicaciones y sus resultados.

**Preparación del enfermo.**—La víspera de la inyección — de mañana — se purga y se practica un lavaje intestinal, por la noche. El día de la inyección — de mañana — otro lavaje y se comienza la constipación a expensas de 0.10 centígramos de extracto de tebaico por día. La región es preparada como para cualquier intervención a ese nivel.

La solución química empleada, es el clorhidrato de básico de quinina y uretano al 40 %, según esta fórmula:

Clorhidrato básico de quinina	0.80
Uretano	0.40
Suero fisiológico c. s.	2 ccs.

Colocado el enfermo en posición de talla, se aplica sobre la región anal una ventosa, cuyo diámetro debe ser menor que la distancia interisquiática, ventosa que debe circunscribir bien toda la margen.

La ventosa vuelve tumefactos no solamente las hemorroides externas, sino que exterioriza también las internas. Se deja la ventosa algunos minutos, mientras se prepara la inyección. Esta debe ser practicada con una jeringa de 1 c. c., munida de una aguja de fino calibre, de un 1 centímetro de largo. La cantidad de substancia a inyectar, en total, sobrepasa excepcionalmente 1 ½ c. c. a 2, aun en anos con abundantes hemorroides. Se saca la ventosa y rápidamente se enjuga el mucus o la sangre, y se practica una desinfección con alcohol yodado de todo lo que se ha exteriorizado. Se comienza por inyectar las hemorroides internas, rápidamente, antes que se reduzcan. A veces esta reducción es tan rápida, que es necesario pinzarlas inmediatamente de retirada la ventosa para impedirlo.

Se comienza entonces por las internas e inferiores, para no ser molestado por la sangre, y se punciona en plena hemorroide (sin preocuparse, por otra parte, si se está dentro o fuera de la luz), y se inyecta una gota o dos solamente, repitiendo la operación por intervalos de 1 centímetro, tanto las hemorroides internas como las externas.

Hay un detalle importante de retener, puesto que constituye uno de los elementos de eficacia del método, prevenir toda recidiva esclerosando parcialmente de antemano todo el terreno sobre el cual la diatésis hemorroidaria no tiene más que evolucionar y, para lo cual, sobre la margen aparentemente sana, se esclerosa preventivamente el substractum vascular submucoso de la margen, diseminando allí, en cada centímetro, una gota de quinina. Deben inyectarse también los maris-

cos, hemorroides tal vez curadas y parcialmente esclerosadas, pero tal vez también hemorroides en potencia. La inyección es poco dolorosa y muy bien tolerada por los enfermos.

Terminada la inyección se procede a su curación, que tiene por objeto:

- 1.º A favor de la constipación provocada, sustraer las hemorroides inyectadas a toda causa de infección, tan próxima aquí;
- 2.º Reducir toda la masa precedente y mantenerla así durante un tiempo suficiente, el tiempo necesario para la aparición de los fenómenos reaccionales debidos a la irritación química, fenómenos preparatorios de la esclerosis curativa.

Para cumplir este doble objeto, se introduce en el ano un tubo de drenaje de calibre mediano, rodeado de gaza embebida de pomada de colargol. Con el tubo y las mechas se reduce el prolapso alojando los paquetes varicosos en el vestíbulo ano-rectal.

Cuando el prolapso no se reduce así, completamente, se obtiene agregando una o varias mechas que, al ser introducidas al lado del tubo, arrastran delante de ellas los paquetes aberrantes y de difícil reducción.

La constipación se continúa en la misma forma, durante 3 días, con alimentación y reposo, que generalmente conviene en el lecho. Al 4.º día, purgante y lavaje intestinal, y todo vuelve al orden. Para ser exactos, debemos decir: todo vuelve al orden, desde el punto de vista funcional. Veremos más adelante por qué.

Desde el momento de practicar la inyección, el enfermo no sufre más, hemos repetido el procedimiento en un enfermo, en plena fluición hemorroidaria, que lo tenía sin descanso desde hacía tres días, y el efecto sedativo fué inmediato. Claro está, que el enfermo siente entonces una sensación algo molesta de cuerpo extraño en la región ano-rectal, tenesmo, ardor, que es muy tolerable y se atenúa hasta desaparecer con la estada en cama.

El post operatorio inmediato transcurre, pues, dentro de una calma, sólo perturbada, a veces, aunque excepcionalmente (una sola vez en nuestros 30 casos), por la expulsión del tubo, incidente que, por otra parte, sólo tiene de grave la molestia de volver a repetir la curación, y por dificultad a la micción que puede ir hasta la retención de orina. Uno de nuestros enfermos hubo que ser sondado.

Entre las incidencias retardadas, sólo son dignas de mención, una sensibilidad dolorosa de la región en el momento de la primera deposición, aunque, sin embargo, no se parece nunca en intensidad a los dolores sufridos por el enfermo en el curso de sus deposiciones anteriores.

Las hemorroides internas no vuelven a hacerse proclidentes, la he-

hemorragia cesa y las hemorroides externas, aunque turgidas o muy aumentadas de volumen en los primeros días, se van reduciendo progresivamente, se vuelven pálidas, exangües y terminan por quedar reducidas a un pequeño muñón de piel cuyo dermis escleroso da al tacto una sensación de dureza especial.

Tal es la evolución hacia la cura, cuando no se produce esfacelo, cosa que sucede una o dos veces en diez.

Quiere decir esto que el esfacelo más o menos extendido es lo habitual, es el tributo de un procedimiento que no comporta sino una sola inyección y necesita el empleo de soluciones concentradas.

Después de algunos días, 4 o 5, en general, la necrosis en la zona inyectada se manifiesta por una placa grisácea primero, luego más o menos negruzca, que luego se elimina espontáneamente, sorprendiendo al enfermo que asiste a su eliminación.

Esta eliminación es particularmente rápida. Una vez terminada, el enfermo no acusa ningún dolor, ni otro trastorno funcional que un ligero picoteo en la región anal, en el momento de la defecación y una discreta pérdida sanguínea, que duran hasta que la epidermización no se termina, cosa que sucede en general entre los 20 y 25 días de practicada la inyección.

Un carácter sobre el que quiero insistir, es que existe una discordancia absoluta entre las lesiones anatómicas constatadas después de la caída de la escara y que a veces son impresionantes, para un espíritu no advertido, y los trastornos funcionales. Los enfermos no sufren nada en el momento de la defecación y sólo deben imponerse durante ese período una toilette rigurosa. Es curioso oírles decir, después de haber constatado lesiones ulcerosas amplias, aunque superficiales al nivel de su región ano-rectal, que su defecación es absolutamente indolora y para dar más fuerza de convicción a lo que afirman, agregan frases alusivas a su estado, más o menos pintorescas.

Se consideran — curados — y sólo acusan la existencia de un ligero sangramiento que desaparece después completamente. Fuera de los cuidados de higiene y el uso de una curación plana, durante algunas semanas, la superficie granulosa que deja el esfacelo hemorroidario no causa al enfermo ningún perjuicio de consideración y para aquellos que encontrando la gangrena química inoportuna quieren colocarla en el pasivo de un método que tiene pretensión de ser curativo y por ello desechable, diremos que la necrosis química con caída de la escara, asegura mejor la cura definitiva del hemorroide y no encierra ningún perjuicio para el enfermo; no se han citado nunca ni accidentes de infección, ni de trastornos después de terminada la cicatrización.

No obstante, algunas veces, puede producir hemorragias que se yugulan fácilmente con un taponamiento sobre tubo (uno de nuestros 30 casos), por esto es necesario vigilar los enfermos en los días que siguen a la eliminación de la éscara.

**Indicaciones.**—Creemos que todas las hemorroides que no respondan a un tratamiento higieno-dietético bien constituido, son justificables del tratamiento esclerosante.

El dolor, la hemorragia, la procidencia, sola o acompañada de prolapso mucoso, son indicaciones formales que adquieren mayor personalidad en sujetos tarados, con lesiones renales, hepáticas o cardiovasculares, o de edad avanzada — 70 o 75 años — condiciones todas que dificultan hasta contraindicar un tratamiento quirúrgico.

No constituye contraindicación tampoco el accidente agudo de fluixión hemorroidaria, uno de nuestros enfermos fué intervenido en pleno accidente y el alivio fué inmediato.

La hemorragia que acompaña tan habitualmente el cuadro de las hemorroides es su mejor indicación, la inyección esclerosante suprimiendo o estrangulando la luz vascular detiene rápidamente toda hemorragia.

En nuestros casos la hemorragia — que era muy rebelde en cuatro, — fué definitivamente suprimida.

**Resultados.**—En los 250 casos de Bellot, la cura fué obtenida en todos. Nuestros 30 casos, seguidos la mayoría desde hace más de un año, son otras tantas curas, y los enfermos son concordes en sus declaraciones siempre invariables: “No sufro más”, “No he vuelto a perder más sangre”, “No he vuelto a tener más crisis”, “No he tenido más procidenciaete”. Los riesgos son mínimos o inexistentes, y la recidiva es una eventualidad prácticamente ausente.

**Conclusión.**—No queremos de ninguna manera oponer procedimientos, cada uno de los cuales tiene sus indicaciones; pero, sí, creemos que la práctica de las inyecciones esclerosantes restringe cada vez más el campo de las que conducen a la intervención quirúrgica, y nuestra comunicación con la exposición de nuestra modesta práctica en uno de esos métodos, pretende solamente contribuir a su mayor realización, ya que no nos ha producido sino satisfacción a nosotros y a nuestros enfermos.

---

Dr. Risso.—Promete aportar los resultados de su experiencia por el procedimiento de Bensaude.

**Dr. D. Lamas.**—Hago el mismo procedimiento que el Dr. Bado y obtengo los mismos resultados. Tengo un porcentaje de esfacelo superior al 10 % de que habla Bellot y los doctores Bado y Vázquez. Aconsejo insistir en el clorhidrato básico de quinina, porque el biclorhidrato puede causar accidentes. Lo he usado en un caso de fisura anal con brillantes resultados.

**Dr. Capurro.**—He usado las inyecciones esclerosantes con resultados mediocres: actualmente hago las ligaduras de los paquetes con buenos resultados.

**Dr. Carnelli.**—Creo que no debemos abandonar el tratamiento quirúrgico, la ligadura de los paquetes es muy simple y sin inconvenientes.

**Dr. Prat.**—No hago las inyecciones esclerosantes, hace tiempo que he abandonado el Whitehead, para hacer la resección aislada de los pedículos.

**Dr. Bado.**—Hay casos en que el tratamiento quirúrgico está contraindicado (viejos, tarados, etc.). Además, las inyecciones combaten el prolapso, cosa que no se consigue con la ligadura de los paquetes.

---

Presentado en la Sesión del 19 de Agosto de 1931

Preside el Dr. Stajano

### *Torción de testículo ectópico*

por el Dr. R. CAPURRO

**Historia clínica.**—O. S., 22 años de edad.

**Antecedentes.**—Testículo ectópico, derecho, inguino intersticial.

Blenorragia hace dos años, tratada con lavajes y vacuna. Desde hace un año no tiene corrimiento.

El 20 de Abril del año corriente, en ocasión de un traumatismo, al entrar al cuarto de baño se golpea la región inguinal contra el borde de una palangana.

Inmediatamente acusa un dolor bastante considerable. El dolor persiste y le hace dificultosa la marcha.

Continúa en esa situación cuatro días, al cabo de los cuales consulta médico.

**Examen.**—Tumefacción canal inguinal derecho del volumen de un huevo, muy dolorosa a la palpación. Temperatura 37° 2/5. Orina clara, sin filamentos. Vientre blando, depresible. No hay náuseas ni vómitos. Descartamos, pues, diagnóstico de estrangulamiento herniario.

Descartamos también, diagnóstico de adenitis, — por la localización, — porque la tumefacción corresponde evidentemente al testículo ectópico.

Pensamos en una epididimitis en testículo ectópico, pues hay temperatura. ¿Pero, qué clase de epididimitis?