

de gasa; un hilo atado a cada tubo pasado en la vagina permitirá sacarlos en el tiempo que se quiera. Para aislar la gran cavidad abdominal se introducen bandas de gasa por encima de los tubos y la gasa. Cuarenta y ocho horas después se quitan los tubos y la gasa. Dosis: **9.6 M. C. D.**

Diagnóstico histológico: Sarcoma mixto, globo y fusocelular, focos de necrosis, vasos constituídos de endotelio simple. Células atípicas, focos de hemorragia.

Convalecencia normal.

El 8/7/1925.—Su salud ha sido buena hasta el presente; estos últimos días experimenta dolores intensos por momentos, que la obligan a estarse quieta. Una observación de algunos días en la clínica no permite ver nada de importancia. Por otra parte, se va de alta.

20/5/1926.—Vómitos, fiebre, diarrea sanguinolenta; dolores renales con hematuria. A la **rectoscopia** se encuentra una mucosa adenomatosa, con infiltraciones sanguíneas y pequeños coágulos sobre pequeñas ulceraciones.

Radioescopía: Recto adherente al ciego.

2/12/1926.—Excelente estado general. Tufaradas de calor muy molestas.

1929.—Primeros días de Diciembre.—Salud perfecta.

Presentado en la Sesión del 16 de Setiembre de 1931.

Preside el Dr. Carlos Stajano

Torsión del testículo

por el Dr. TABOAS

(No aparecerá en estos Boletines)

Presentado en la Sesión del 30 de Setiembre de 1931.

Preside el Dr. Carlos Stajano

Tratamiento de las hemorroides por la técnica esclerosante de Bensaude.

Por el Dr. R. RISSO, - J. L. BADO, relator.

En la comunicación que nos envía el doctor R. Risso, relata los resultados obtenidos en una serie de casos de hemorroides, por el tratamiento esclerosante preconizado por Bensaude.

He aquí el texto de su comunicación:

Habiendo tratado catorce enfermos por la técnica del profesor Bensaude, y como he obtenido brillantes resultados con ella, es que me decido a publicar estos datos.

La solución empleada para provocar la esclerosis y cura, ha sido la solución de clorhidrato de quinina y urea en agua destilada, conocida en París con el nombre de "Kinurea Terrial". En unos seis casos usé la solución, pero en los restantes utilicé la solución hidroglicerina, vale decir, partes iguales de agua y glicerina, como disolvente del clorhidrato. La fórmula es la siguiente:

Clorhidrato doble de quinina y urea	3 grs.
Agua destilada	a. a.
Glicerina	30 grs.

Esterilícese, y repartir en doce ampollas. Salen, pues ampollas de 5 c. c. cada una, que es lo que se necesita, pues el tratamiento lleva unas diez inyecciones.

Las hemorroides a tratar son siempre las hemorroides internas, que son las más generales y vulgares, con sus molestas complicaciones: las hemorragias y el prolapso o procidencia, y las crisis dolorosas.

Para el tratamiento no hay contraindicaciones ni de edad, sexo, afección orgánica, etc. Sólo estos casos son a rechazar: hemorragias graves y profusas, que ponen en peligro rápido la vida del enfermo, y los grandes prolapsos, con relajación del esfínter. En los casos de hemorroides dolorosos, por fisura o por crisis, es necesario esperar a que pase la crisis o la fisura, para comenzar el tratamiento. Las grandes indicaciones pues, de las inyecciones esclerosantes, son pues las hemorragias y la procidencia, que ambas tanto molestan al hemorroidario.

Técnica de las inyecciones

El sujeto no necesita preparación alguna, es conveniente que haya movido el vientre de mañana, para tener limpia la ampolla rectal de materias fecales, y poder ver bien donde se hará la inyección. La posición del enfermo es la genupectoral, con el lado derecho o izquierdo de la cara, bien aplicado contra la mesa de operación, y la cintura bien arqueada, así levanta bien la región glútea. Se le introduce el anuscopio de Bensaude, un poco lubricado con aceite de oliva esterilizado. Como el anuscopio termina en bisel, se coloca la parte más baja del bisel en el sitio donde está la hemorroide a inyectar. El interior del anuscopio y del recto se ve bien, colocándose el operador una lamparilal frontal. Encontrada la hemorroide a inyectar, se desinfecta con

una solución de alcohol yodado. Se empieza a inyectar en cualquier lado, pero es más conveniente empezar donde haya más hemorroides, o en la parte donde se produzca el prolapso.

La inyección no se hace nunca en la hemorroide misma, sino por encima de la **hemorroide**, y por encima también de la zona roja, congestionada, que está por arriba del rodete hemorroidario; por encima, pues, de esa zona de rectitis hemorrágica, porque lo que provoca la hemorragia no es la ruptura de las hemorroides, sino la ruptura de los capilares de esa región roja de rectitis. Para hacer la inyección se utiliza una jeringa de 5 c. c., que tenga parte o aletas laterales para apoyar al introducir el líquido. Existe una jeringa especial del profesor Bensaude. La jeringa lleva adaptado un mandril recto o acodado, de 5 centímetros de largo, que lleva en la extremidad una aguja de platino, muy fina, de un centímetro de longitud. La aguja se clava por la parte más baja del bisel del anoscopio, por donde hace saliencia la hemorroide. El anoscopio gira con facilidad para buscar la región a inyectar. La aguja debe entrar casi perpendicular a la mucosa, y se introduce toda. Se inyectan siempre los 5 c. c., salvo la primera inyección que se hace de 3 c. c. del líquido. El objeto de clavar la aguja casi perpendicular, es para depositar el líquido bien profundo, en la zona submucosa. Se sabe que la inyección está bien hecha, cuando después de inyectada, la mucosa conserva su color natural rosado. Si la inyección se hace muy superficial, la mucosa se distiende y toma un color anemiado, parecido a una tela de cebolla. Eso es malo, y debe interrumpirse la inyección, y tratar de exprimir o desparramar lo ya inyectado, pues esa mucosa se necrosará, dando lugar a una placa de gangrena, que durará quince o veinte días en curar, que puede ser dolorosa, y al cuarto o quinto día, al caer esa placa, puede sangrar. Es necesario, pues, evitar la formación de úlceras, por inyecciones superficiales. Después de hecha la inyección el enfermo descansará una media hora, sentado, para evitar reacciones dolorosas o molestas. Después continuará sus ocupaciones o tareas, por eso el procedimiento es absolutamente ambulatorio. Se hace una inyección por semana, dividiendo el ano como un huso horario, inyectando una vez en cada hora, y tratando de que cada inyección sea lo más alejada de la anterior. Así si se le inyectó a las 3 horas, a la semana siguiente se le inyecta a las 9 horas, y si se le inyectó a la 1 hora, se le inyectará a las 7 horas. Sin embargo, es conveniente no inyectar a las 12 horas (rafé o comisura anal posterior), por lo difícil que es por la posición genupectoral, y a las 6 horas, o rafé o comisura anal anterior, por la proximidad de la próstata, que puede inflamarse, o ser pinchada, dando lugar a dolores que recorren el pene, o hematurias pequeñas y aún retención de orina.

Las inyecciones son siempre indoloras, pues el clorhidrato de quinina y urea es anestésico.

El gran síntoma que nota el hemorroidario, casi siempre después de la primera inyección, es la supresión de las hemorragias. He aquí varios ejemplos:

Víctor F., 24 años, hemorroides procidentes y que sangran desde hace 2 años. A la primera inyección no sangró más. A la tercera inyección desapareció la procidencia.

Pedro P., herrero, 39 años, hemorroides procidentes, y que sangran cada vez que va de cuerpo. No sangró más después de la primera inyección, ya la cuarta inyección, cesó el prolapso.

Antonio P., Juez de Paz de Durazno, de 34 años, hemorroides que sangran desde hace veinte años, casi continuamente. No son procidentes. No sangró más a la primera inyección.

Florentino V., peluquero, sangra desde hace catorce años, no sangró más a la primera inyección. Dejaba el consultorio, y continuaba sus tareas de peluquero a domicilio, lo que prueba lo ambulatorio del tratamiento.

Pantaleón G., 44 años, operado de hemorroides hace ocho años, por el procedimiento de Whitehead. Al año y medio de operado, le vuelven las hemorroides. Desde hace dos años sangra abundantemente. A la primera inyección, no sangró más. Está completamente curado.

Como se ve, pues, lo primero que desaparece es la hemorragia. El prolapso o procidencia, tarda más en desaparecer, y es debido a que es necesario fijar todo el rodete de mucosa para que no se venga hacia abajo en los esfuerzos de la defecación, cosa que se consigue con unas 4 o 6 inyecciones.

Mientras el enfermo recibe las inyecciones es necesario que siga el tratamiento de la constipación, tomando el amerol o sus análogos, y además se colocará todas las noches, un supositorio de manteca de cacao con un gramo de subnitrito de bismuto. El objeto es proteger la mucosa donde se hizo la inyección, del contacto de las materias fecales.

Al hacer la inyección, la entrada del líquido no debe ofrecer resistencia, pues indicará si eso sucede, que estamos en una región ya esclerosada. Se retirará la aguja y se clavará unos milímetros más arriba o más abajo. El líquido debe, pues, entrar lentamente y con facilidad. La primera inyección será sólo de 3 c. c. y las restantes de 5 c. c.

Complicaciones: La única complicación como dije anteriormente, es la escara o placa necrótica de la mucosa, provocada por una inyección muy superficial, o sea inyectando el líquido debajo de la mucosa, cuando en realidad debe inyectarse debajo de la submucosa. La escara en sí no tiene peligro. En general, no es dolorosa, pero al tercero o

cuarto día cae esa éscara, y al caer puede sangrar. En un total de 106 inyecciones, he tenido tres éscaras, las tres completamente indoloras. Dos de ellas sangraron bastante, y fué la sangre que volvió, lo que llamó la atención a los enfermos que ya no sangraban más. La tercera éscara no sangró, y sólo la descubrí por casualidad. Vale decir, pues, hay un porcentaje de 2.8 % (dos con 8 por ciento) casi un tres por ciento de éscara. La hemorragia de las éscaras, pasó fácilmente con un toque de fucsina de Zhiel diluída. Lo mismo se podría tocar con adrenalina diluída, o solución de cloruro de zinc diluído, etc. La éscara dura 15 o 20 días en curarse, y yo les hago un toque de fucsina diluída cada 3 días. Durante ese tiempo no se deben hacer nuevas inyecciones.

Para evitar esas éscaras, que Delater y Vendel atribuyen a la solución acuosa simple, ellos emplean la solución adicionada al 5 % de glicerina, y Bensaude usa al 50 % de glicerina, que es la solución que yo usó actualmente. Sin embargo, Bensaude ha vuelto a la solución acuosa simple, pues para él, la éscara es producida, no por la composición del líquido, sino por haber hecho la inyección superficial.

De los catorce enfermos que yo traté, diez están completamente curados, y de los otros cuatro restantes no tengo noticias. Ninguno de esos diez ha tenido hemorragias nuevas, ni prociencia. Ninguno de ellos recibió más de una serie de inyecciones. En el caso de producirse un poco de prolapso, nada impide de hacerle una nueva inyección más arriba, para fijar el cilindro mucoso. Casi nunca es necesario, dice Bensaude, recurrir a una nueva serie completa. En el peor de los casos, vale decir, que las inyecciones no hubieran hecho nada, se irá a la operación, que sólo da un poco más de trabajo, al liberar el cilindro mucoso por las adherencias que se han hecho. (Palabras de los cirujanos del Hospital Saint Antoine, que operan los enfermos que les envía el profesor Bensaude). De esos casos curados, uno de ellos había sido operado con un Whitehead, y se le habrán reproducido, otro era un cardíaco delicado, que sangraba muchísimo, y otro era un joven muy delgado, con úlcera del doudeno, que al mes de curado, aumentó 7 kilos de peso.

Como se ve, pues, la técnica esclerosante de Bensaude es un tratamiento fácil, seguro, sin riesgos ni complicaciones, que da excelentes resultados, procedimiento sencillo y completamente ambulatorio, donde el enfermo sólo pierde unos minutos mientras está en casa del médico, y que no le impide continuar el resto de sus ocupaciones, muy distinto pues, de un procedimiento quirúrgico, que además de exigirle diez o quince días de cama, no le impide a veces al sujeto de una recidiva, o de una estrechez cicatricial del ano, o de esas pequeñas incontinencias

para las materias líquidas o gases, que pueden durar hasta un año, sin contar los casos de incontinencia total, provocados por sección de los nervios del esfínter, en operaciones hechas por cirujanos nuevos o inhábiles, y condenando al enfermo para toda su vida. Por otra parte, la operación de hemorroides es una operación delicada, de ahí que el cirujano Guérin, dijo: "el tratamiento quirúrgico de las hemorroides comporta más dificultades que las que uno podría creer".

Habiendo hecho ya a esta Sociedad una comunicación sobre los resultados obtenidos por mí en una serie de 40 casos de hemorroides tratados por el procedimiento esclerosante, utilizado por Bellot, procedimiento que difiere del practicado por Bensaude y el Dr. Risso en su manera de realización y detalles técnicos, aunque en el fondo el fin perseguido es el mismo, y habiendo puesto de relieve en esa oportunidad, sus ventajas evidentes sobre el tratamiento quirúrgico, no creo necesario prolongar mucho el comentario de la serie que nos presenta el Dr. Risso.

Quiero, sin embargo, hacer algunas observaciones, dirigidas no al tratamiento químico en general, sino al procedimiento de Bensaude en particular.

Lo importante en su realización es inyectar alto, bien alto, por encima de la hemorroide interna (para lo que se necesita un instrumental especial) y profundamente en la submucosa, evitando, y esto con gran cuidado, que la inyección sea superficial! ¡Cuidado con la éscara!

¡Qué distinto todo esto de la técnica de Bellot, en donde se inyecta en plena hemorroide sin preocuparse si está dentro o fuera de la luz, ni de su mayor o menor profundidad, y sin necesidad de otro instrumental que una ventosa y una aguja de 1 cm. de longitud! Qué distinta todavía es la actitud con que se recibe la llegada de la éscara, necesaria casi para un procedimiento que implica una sola sección operatoria y exige, como la forma de su eficacia, la amputación química del paquete hemorroidario, para sustituirlo después por una zona cicatricial fibroesclerosa, y temida por otro procedimiento porque revela un defecto de técnica.

Nosotros no tememos la éscara, la esperamos casi como una evolución normal y obligada dentro de nuestro método y jamás ha sido el punto de partida de una complicación grave, cuando mucho (según el terreno) una hemorragia que asusta al enfermo, nos lo trae de nuevo y basta un simple taponamiento sobre tubo para que todo cese.

Agrega, el Dr. Risso, que en los casos de hemorroides dolorosas por fisura o por crisis, es necesario esperar que pasen estos accidentes

para comenzar el tratamiento, no lo deja expreso, pero son en realidad contraindicaciones, y bien para el procedimiento que nosotros realizamos, son dos indicaciones formales, y alguno de nuestros enfermos han sido tratados en pleno accidente doloroso y el alivio fué inmediato y la cura definitiva. Si esto no fuera suficiente, me permito recordar que el mismo profesor Bensaude no hace mucho tiempo ha recomendado las soluciones concentradas de quinina para el tratamiento de las fisuras anales.

Pero estas diferencias en la realización técnica y en las indicaciones de uno u otro procedimiento, no repercuten de ninguna manera en el valor del método de las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las hemorroides, y recordando palabras dichas en otra oportunidad, diré que es necesario que el cirujano sepa manejar este método en sus distintas maneras de realización en la misma forma que los procedimientos quirúrgicos, en la convicción de que en un porvenir no muy lejano la cirugía de las hemorroides vivirá de las contraindicaciones del tratamiento esclerosante.

Nosotros debemos agradecer al Dr. Risso su colaboración y propongo se publique su informe en nuestro Boletín.