



Año 1916

No. 3137

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mic. B. 90.1

HEMORROIDES

su tratamiento

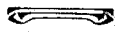
TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR EL EX-ALUMNO

CARLOS CALDERON

EX-INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO



: CASA EDITORA : :

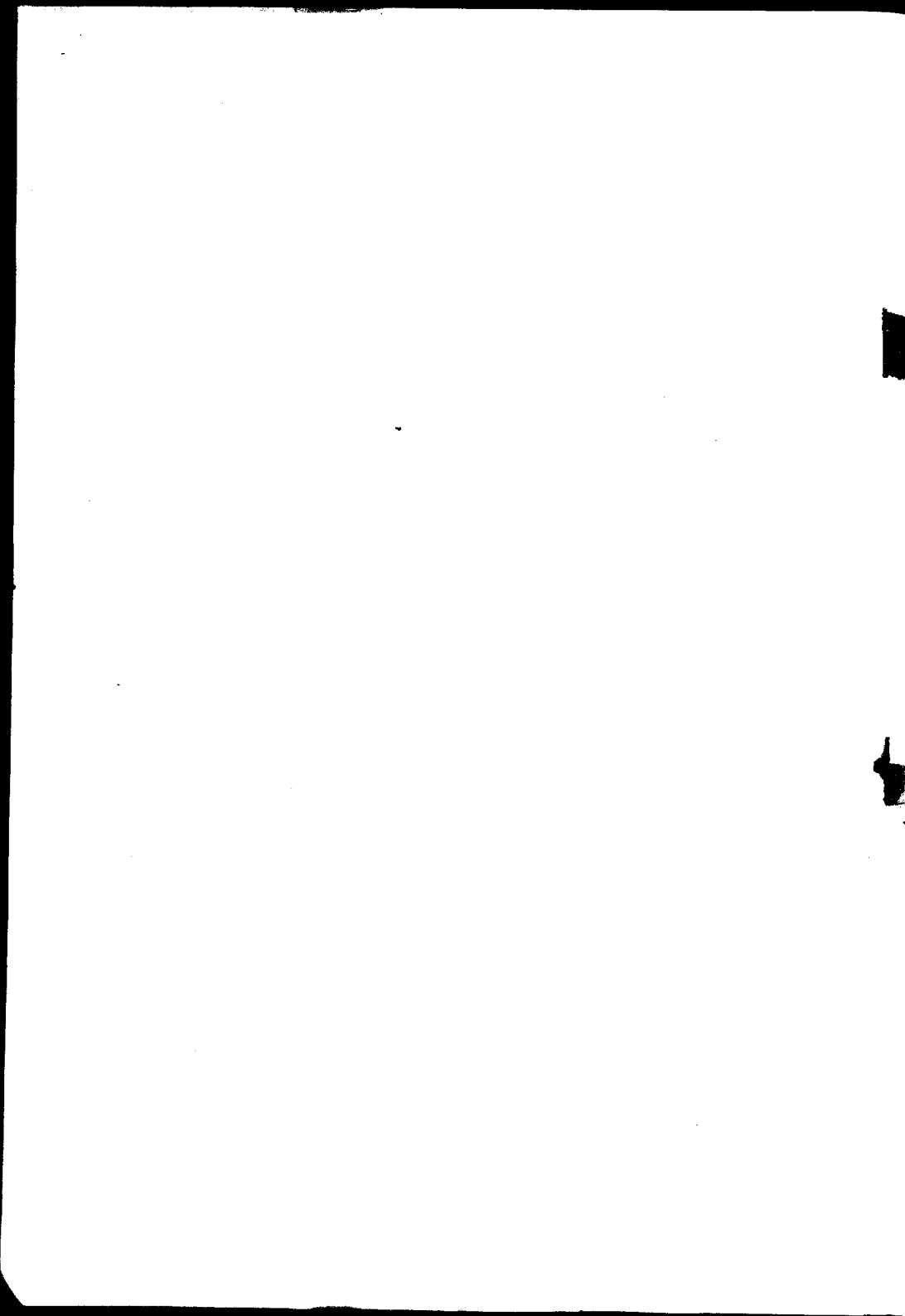
VITULLO OSORIO HNOS

: : 2152 - ARROZ - 2152 : :



HEMORROIDES

su tratamiento



Año 1916

No. 3137

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORROIDES

su tratamiento

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR EL EX-ALUMNO

CARLOS CALDERON

EX-INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO



: CASA EDITORA : :

VITULLO OSORIO HÑOS

: : 2132 - ARAOZ - 2132 : :



7

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

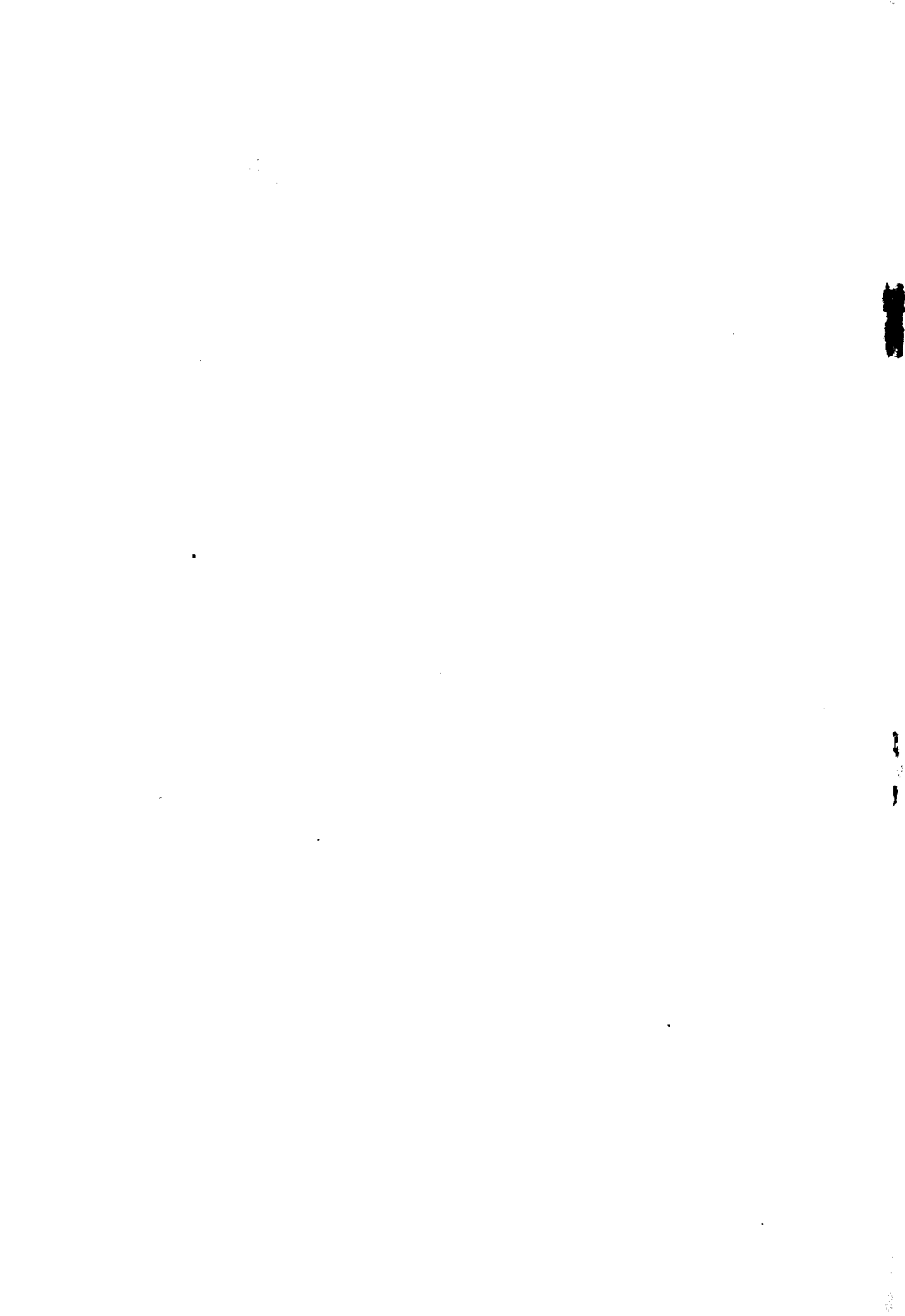
DR. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. DR. D. ECEMIO UBALLES
2. PEDRO N. ARATA
3. ROBERTO WERNICKE
4. PEDRO LAGLEYZE
5. JOSÉ PENNA
6. LUIS GÜEMES
7. ELISEO CANTÓN
8. ANTONIO C. GANDOLFO
9. ENRIQUE BAZTERRICA
10. DANIEL J. CRANWELL
11. HORACIO G. PISERO
12. JUAN A. BOERI
13. ANGEL GALLARDO
14. CARLOS MALBRÁN
15. M. HERRERA VEGAS
16. ANGEL M. CENTENO
17. FRANCISCO A. SICARDI
18. DIÓGENES DECOURD
19. BALDOMERO SOMMER
20. DESIDERIO E. DAVEL
21. GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. DOMINGO CABRED
23. ABEL AYERZA
24. EDUARDO OBERERO

Secretario

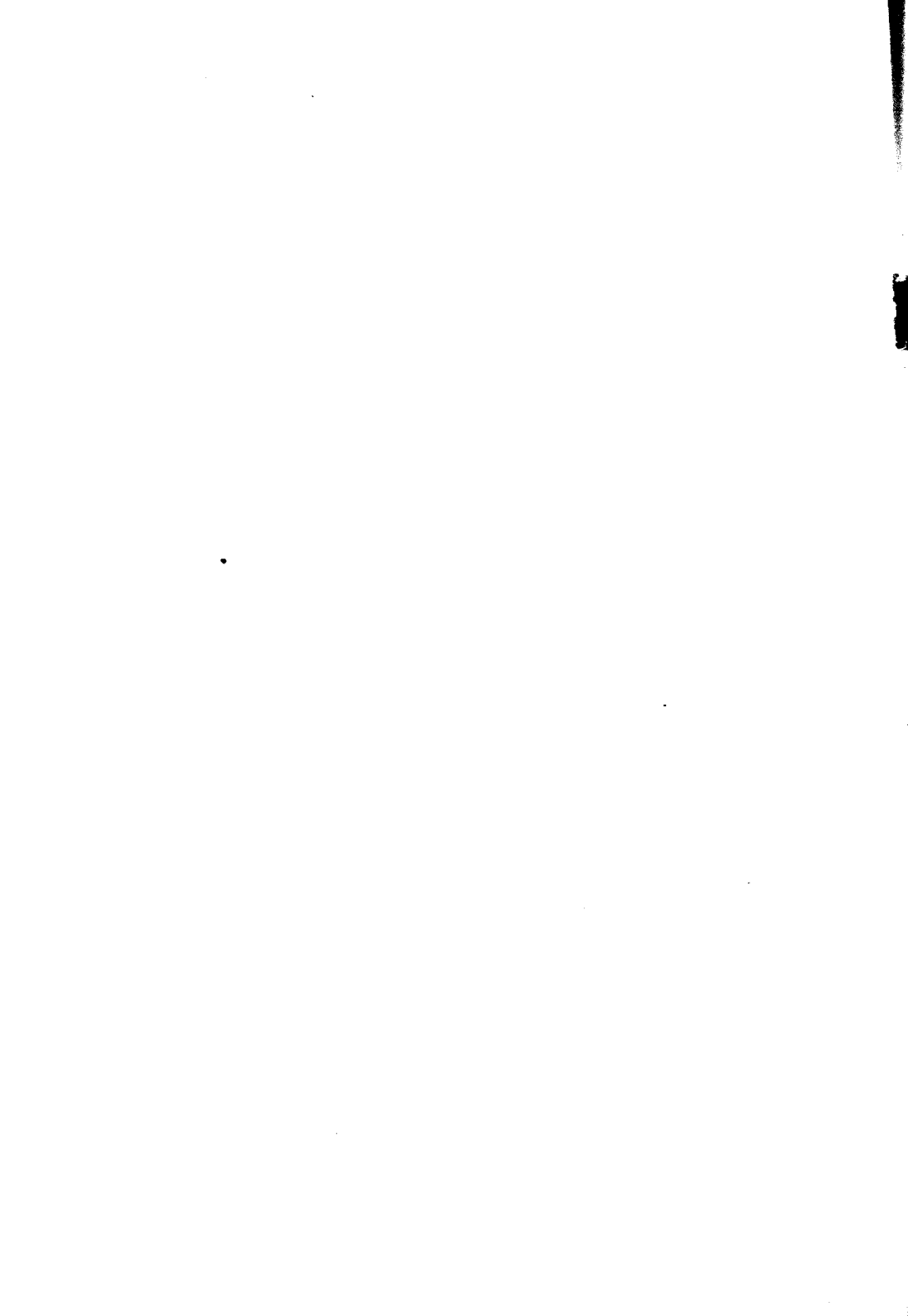
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
.. .. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

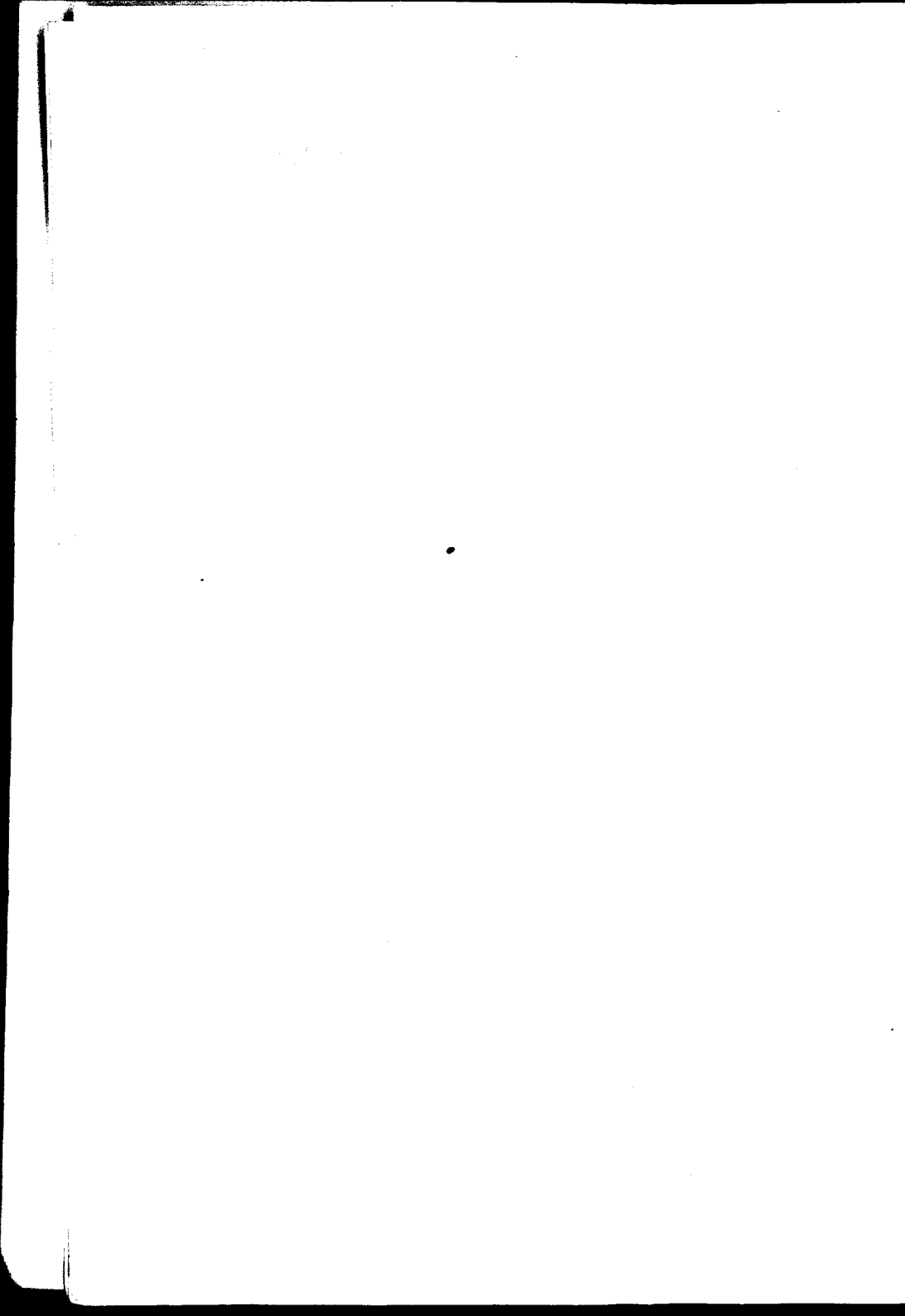
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GUEMES
.. .. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ENRIQUE ZARATE
.. .. PEDRO LACAVERA
.. .. ELISEO CANTON
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSÉ ARCE
.. .. ABEL EYERZA
.. .. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
.. .. DANIEL J. CRANWELL
.. .. CARLOS MALBRAN
.. .. JOSÉ F. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUIGGARI
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

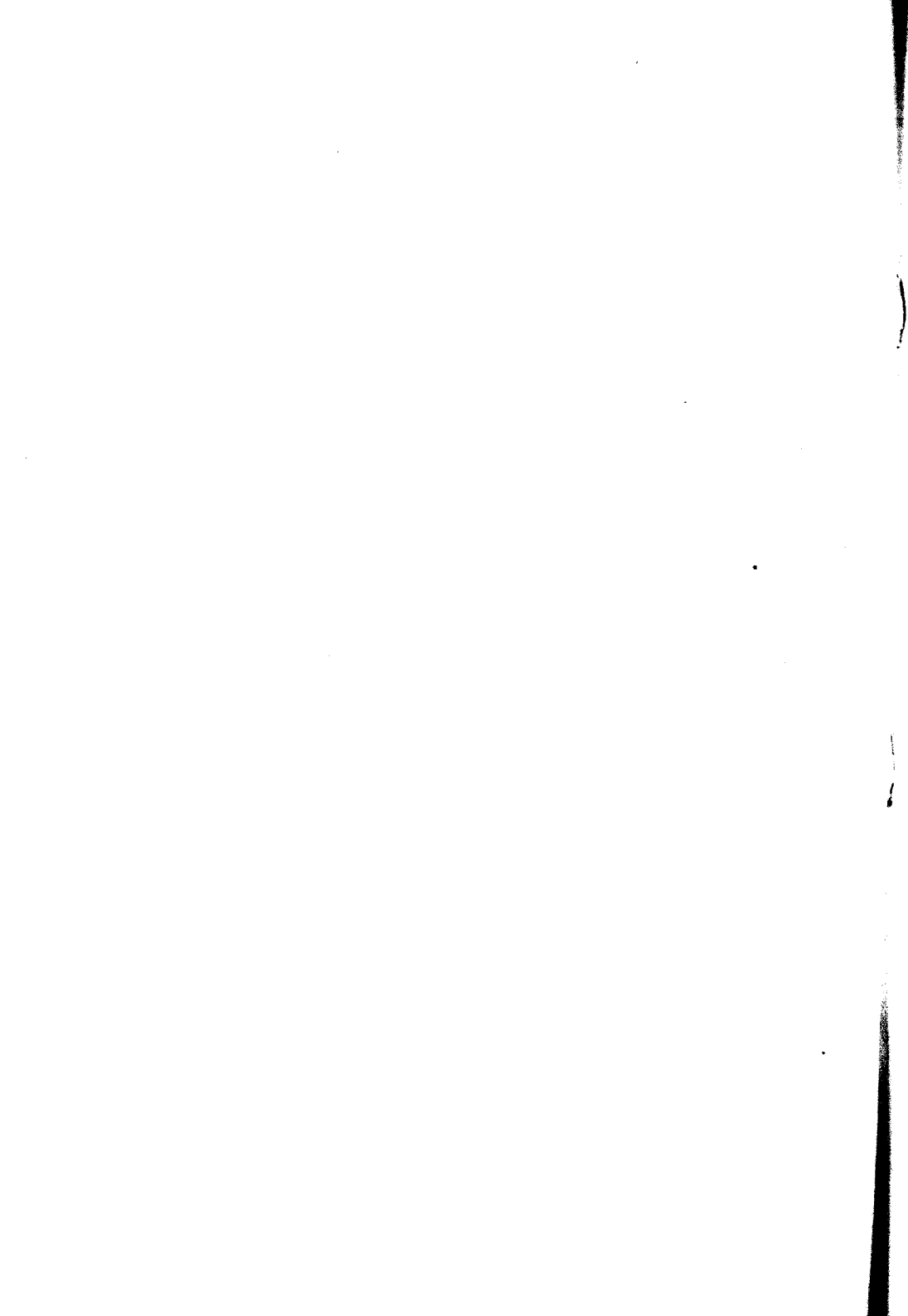
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
.. JUAN A. GARASTOI (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

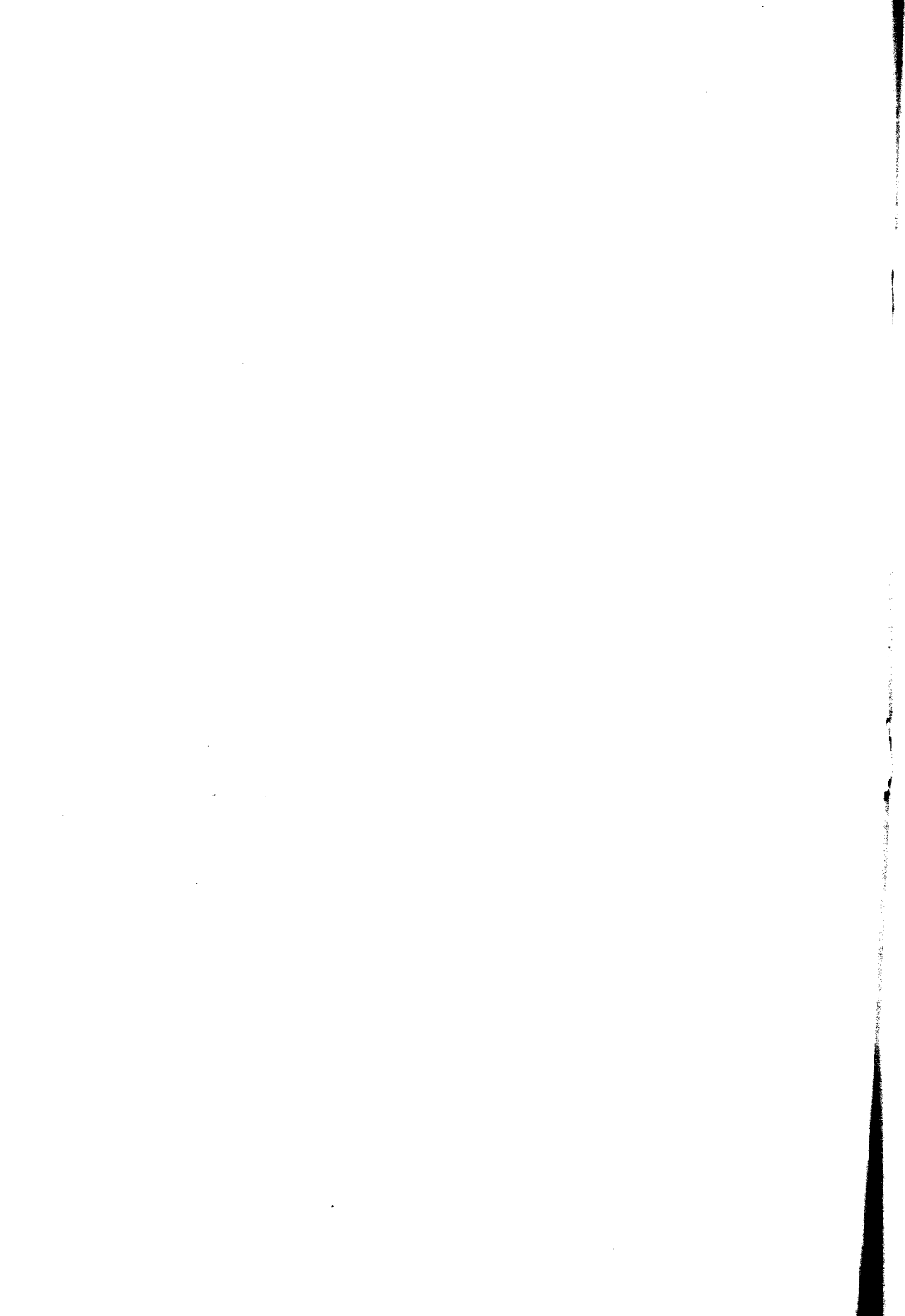
Profesores Honorarios

- DR. ROBERTO WERNICKE
- " J. Z. ARCE
- " PEDRO N. ARATA
- " FRANCISCO DE VEIGA
- " ELICEO CANTON
- " JUAN A. BOERI
- " FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

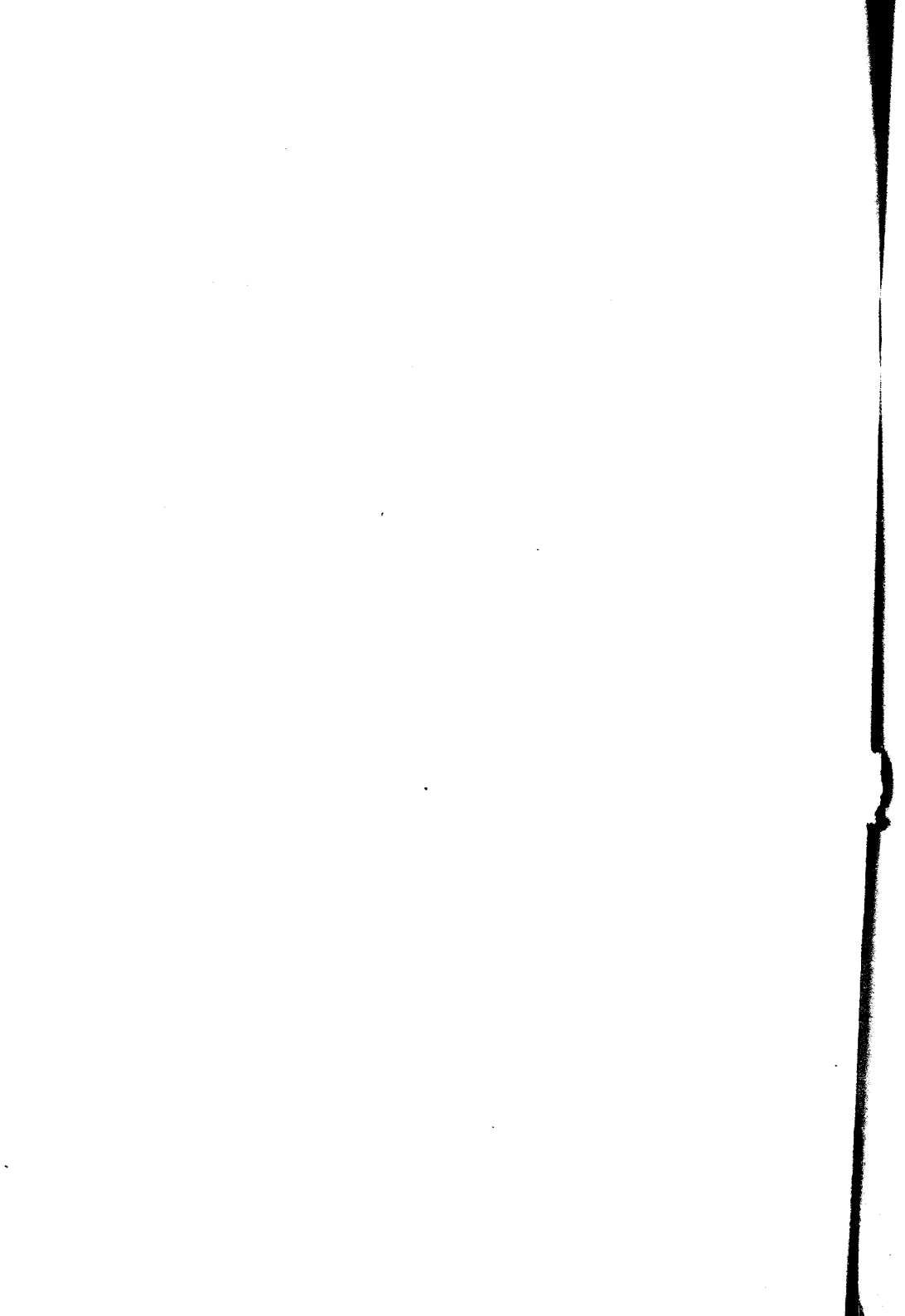
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica . . . . .	.. LUCIO BURASONA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. PEDRO BELOU
Química Médica . . . . .	.. ATANASIO QUIROGA
Histología . . . . .	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica . . . . .	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana . . . . .	.. HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología . . . . .	.. CARLOS MAEBARN
Química Médica y Biológica . . . . .	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada . . . . .	.. RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos . . . . .	| GREGORIO ARAOZ ALFARO
	| DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica . . . . .	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica . . . . .	.. TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica . . . . .	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa . . . . .	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria . . . . .	.. LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica . . . . .	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-Urinarías . . . . .	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental . . . . .	.. JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica . . . . .	.. JOSE PENNA
.. Oto-rino-laringológica . . . . .	.. EDUARDO OBEJERO
Patología interna . . . . .	.. MARCIAL B. QUIROGA
Clinica Oftalmológica . . . . .	.. PEDRO LAGLEYZE
.. Médica . . . . .	.. LUIS GUEMES
.. Médica . . . . .	.. LUIS AGOTE
.. Médica . . . . .	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica . . . . .	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica . . . . .	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica . . . . .	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica . . . . .	| ANTONIO C. GANDOLFO
	| MARCELO T. VIÑAS
.. Neurológica . . . . .	.. JOSE A. ESTEVEZ
.. Psiquiátrica . . . . .	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica . . . . .	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica . . . . .	.. SAMUEL MOLINA
.. Pedriática . . . . .	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal . . . . .	.. DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica . . . . .	.. ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

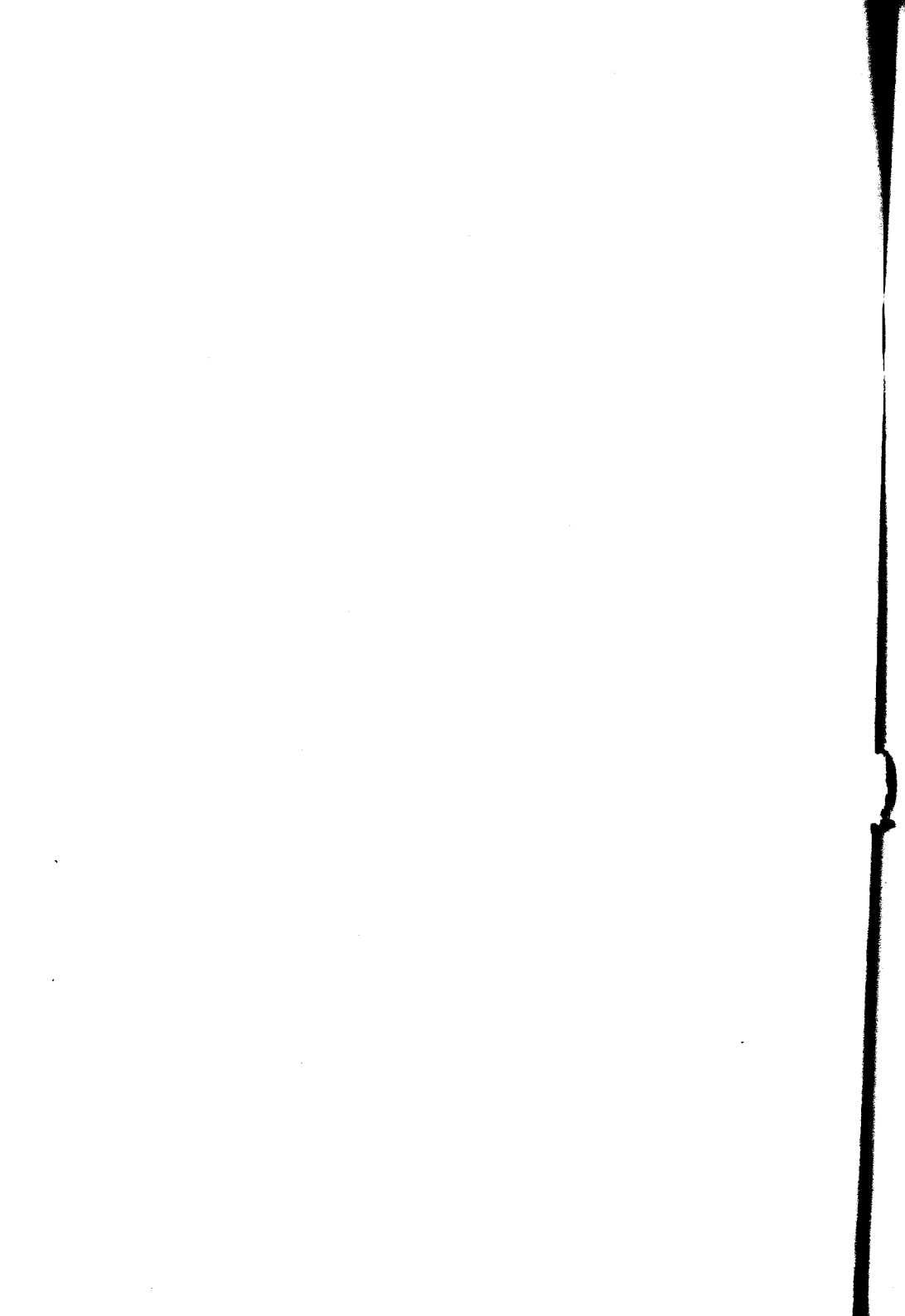
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ.
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	(„ JUAN CARLOS DELFINO
	(„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSE F. MOLINARI
Clinica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica	(„ JOSE R. SEMPRUN
	(„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Pediátrica	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGA
Patología interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSE T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	Dr. ODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id.	„ GUILLERMO SEEBER
id. id.	„ SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	„ EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	„ FRANK L. SOLER
„ „ „	„ BERNARDO HOUSSAY
„ „ „	„ RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	„ ALOIS BACHMANN
„ „ „	„ GERMAN ANCHUTZ
Química Biológica	„ BENJAMIN GALARCE
Higiene médica	„ FELIPE A. JUSTO
„ „ „	„ MANUEL B. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
„ „ „	„ ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	„ JOAQUIN LLAMBIAS
„ „ „	„ ANGEL H. ROFFO
Materia médica y Terapia	„ JOSE MORENO
Medicina Operatoria	„ ENRIQUE FINOCCIETTO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
„ „ „	„ FRANCISCO P. CASTRO
„ „ „	„ CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifiligráfica	„ NICOLAS V. GRECO
„ „ „	„ PEDRO L. BALINA
„ „ „	„ BERNARDINO MARAINI
„ „ „	„ JOAQUIN NIN POSADAS
„ „ „	„ FERNANDO R. TORRES
„ „ „	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ „ „	„ ADOLFO NOCETTI
„ „ „	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
„ „ „	„ MARTIN CASTRO ENCALADA
„ „ „	„ PEDRO LABAQUI
„ „ „	„ LEONIDAS JORGE FACIO
„ „ „	„ PABLO M. BARLARO
„ „ „	„ EDUARDO MARINO
Clinica Quirúrgica	„ JOSÉ ARCE
„ „ „	„ ARMANDO R. MAROTTA
„ „ „	„ LUIS A. TAMINI
„ „ „	„ MIGUEL SUSSINI
„ „ „	„ ROBERTO SOLÉ
„ „ „	„ PEDRO CHUTRO
„ „ „	„ JOSE M. JORGE H.
„ „ „	„ OSCAR COPELLO
„ „ „	„ ADOLFO F. LANDIVAR
„ „ „	„ JUAN JOSÉ VITON
„ „ „	„ PABLO J. MORSALINE
„ „ „	„ RAFAEL A. BULLRICH
„ „ „	„ IGNACIO IMAZ
„ „ „	„ PEDRO ESCUDERO
„ „ „	„ MARIANO R. CASTEX
„ „ „	„ PEDRO J. GARCIA
„ „ „	„ JOSÉ DESTEFANO
„ „ „	„ JUAN R. GOYENA
„ „ „	„ JACOBO SPAGEMBERG
„ „ „	„ MAMEKTO ACUNA
„ „ „	„ GENARO SISTO
„ „ „	„ PEDRO DE ELIZALDE
„ „ „	„ FERNANDO SCHWEIZER
„ „ „	„ JUAN CARLOS NAVARRO
„ „ „	„ JAIME SALVADOR
„ „ „	„ TORIBIO PICCARDO
„ „ „	„ CARLOS R. CIRIO
„ „ „	„ OSBALDO L. BOTTARO
„ „ „	„ ARTURO ENRIQUEZ
„ „ „	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
„ „ „	„ FAUSTINO J. TRONGE
„ „ „	„ JUAN B. GONZÁLEZ
„ „ „	„ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
„ „ „	„ JUAN A. GABASTOU
„ „ „	„ VICENTE DIMITRI
„ „ „	„ ROMULO CHIAPORI
„ „ „	„ JOAQUIN V. GNOCO
„ „ „	„ JAVIER BRANDAN
„ „ „	„ ANTONIO PODESTÁ
Clinica obstétrica	„
Clinica Minerológica	„
Medicina legal	„



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada
Botánica y Mineralogía
Química inorgánica aplicada
Química orgánica aplicada
Farmacognosia y posología razonadas
Física Farmacéutica
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)
Técnica Farmacéutica
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) ensayo y determinación de drogas
Higiene, legislación y ética farmacéut.

Catedráticos titulares

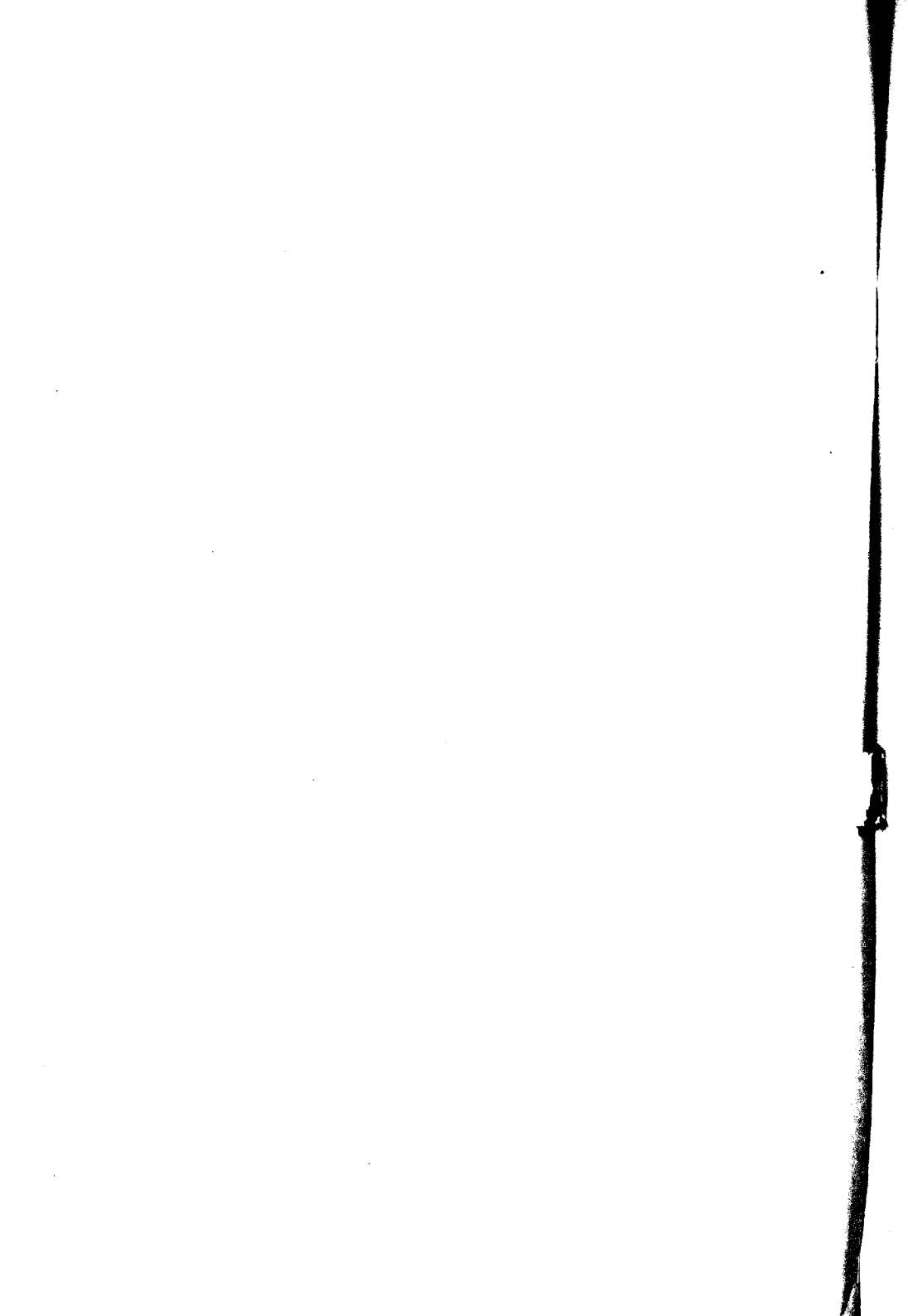
DR. ANGEL GALLARDO
,, ADOLFO MUGICA
,, MIGUEL PUIGGARI
,, FRANCISCO C. BARBAZA
SR. JUAN B. DOMINGUEZ
DR. JULIO J. GATTI
,, FRANCISCO P. LAVALLE
,, J. MANUEL IRIZAR
,, FRANCISCO P. LAVALLE
,, RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica Farmacéutica
Farmacognosia y posología razonadas
Física Farmacéutica
Química orgánica
Química analítica
Química inorgánica

Catedráticos sustitutos

(SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
(,, PASCUAL CORTI
,, OSCAR MIALOCK
DR. TOMAS J. RUMI
(SR. PEDRO J. MESIGOS
(,, LEIS OUALIALMELLI
DR. JUAN SANCHEZ
,, ANGELO SABATINI
,, EMILIO M. FLORES

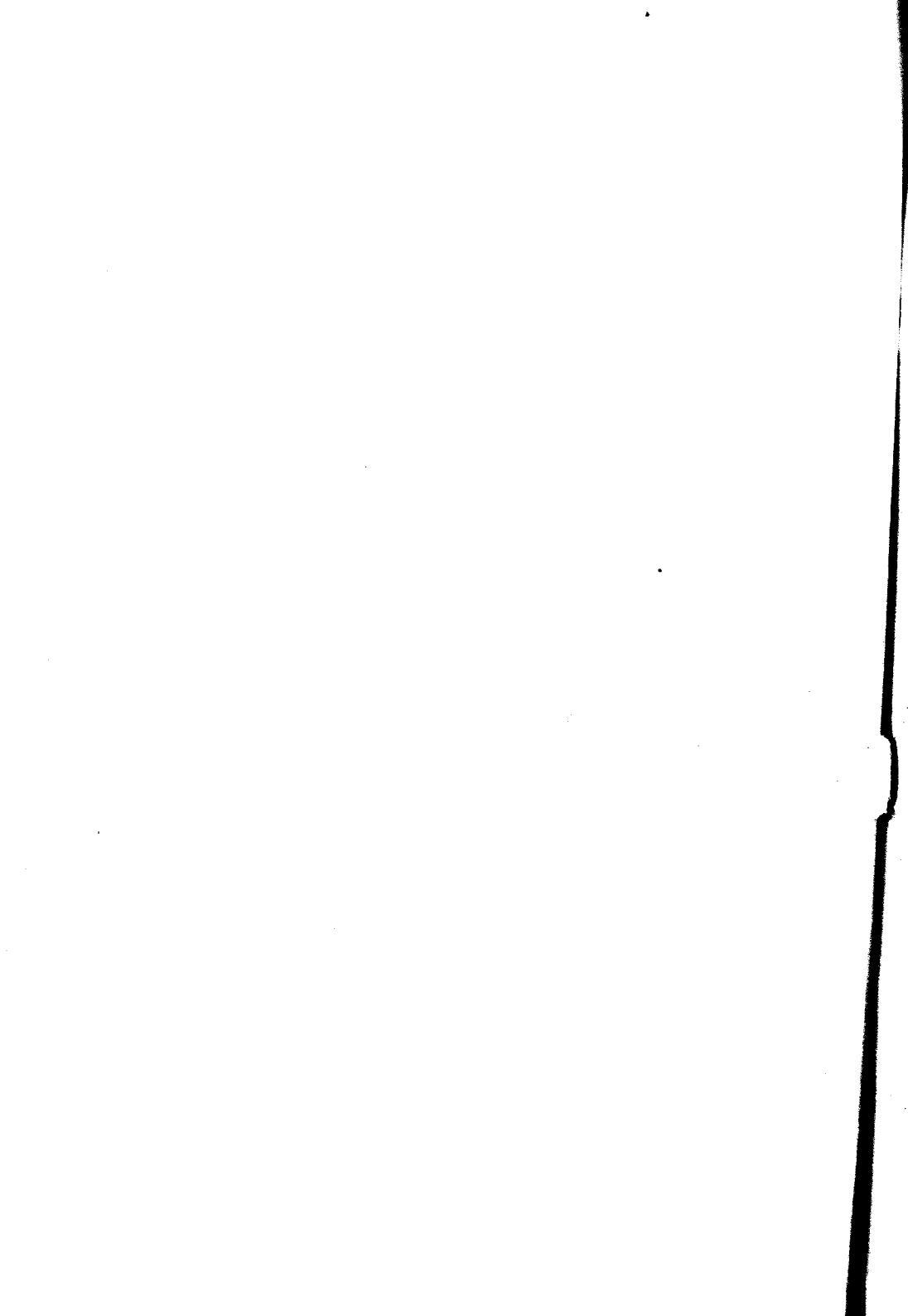


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	„ LEÓN PEREYBA
3 ^{er} año.....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

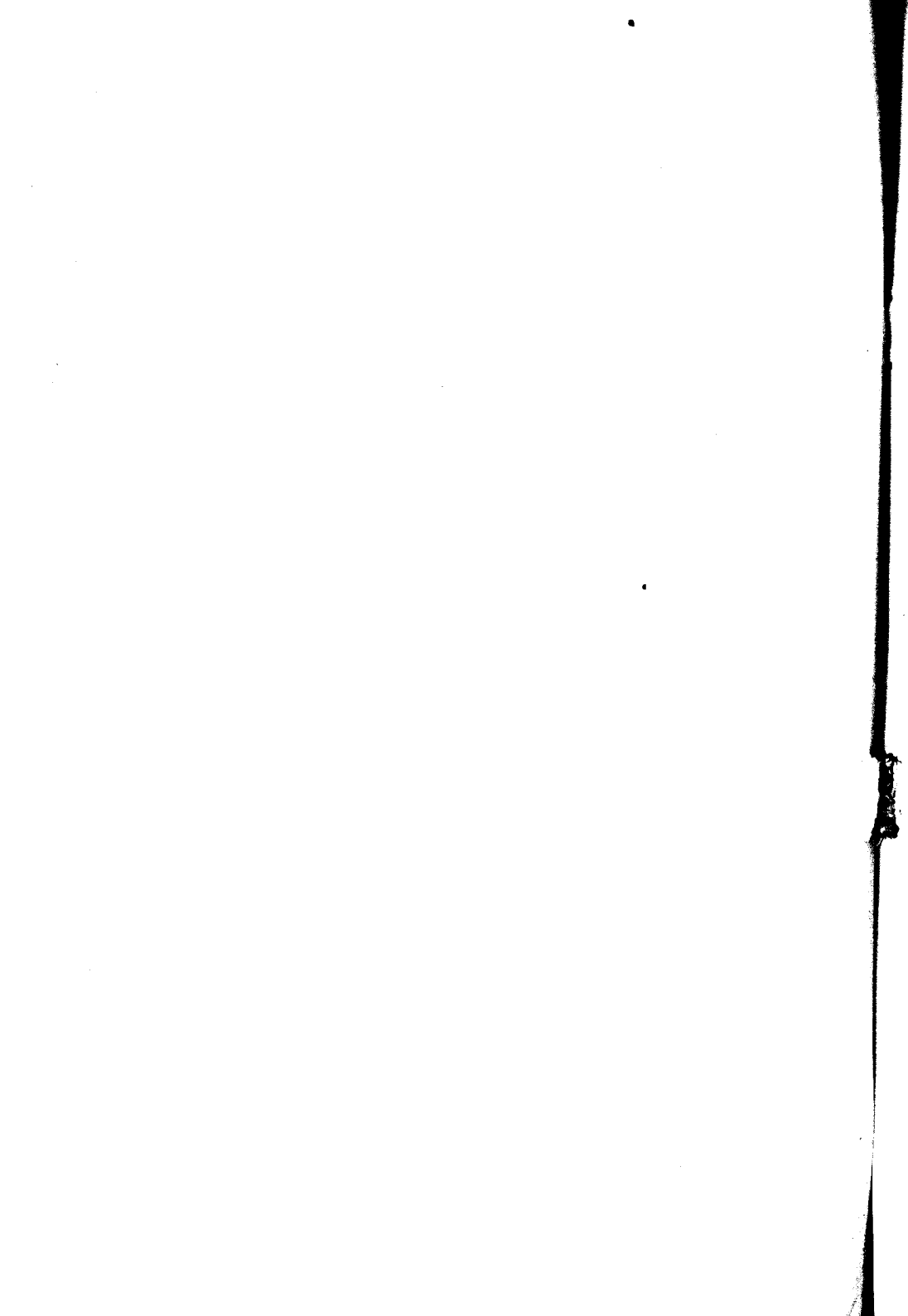
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S VARELA (2^o año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



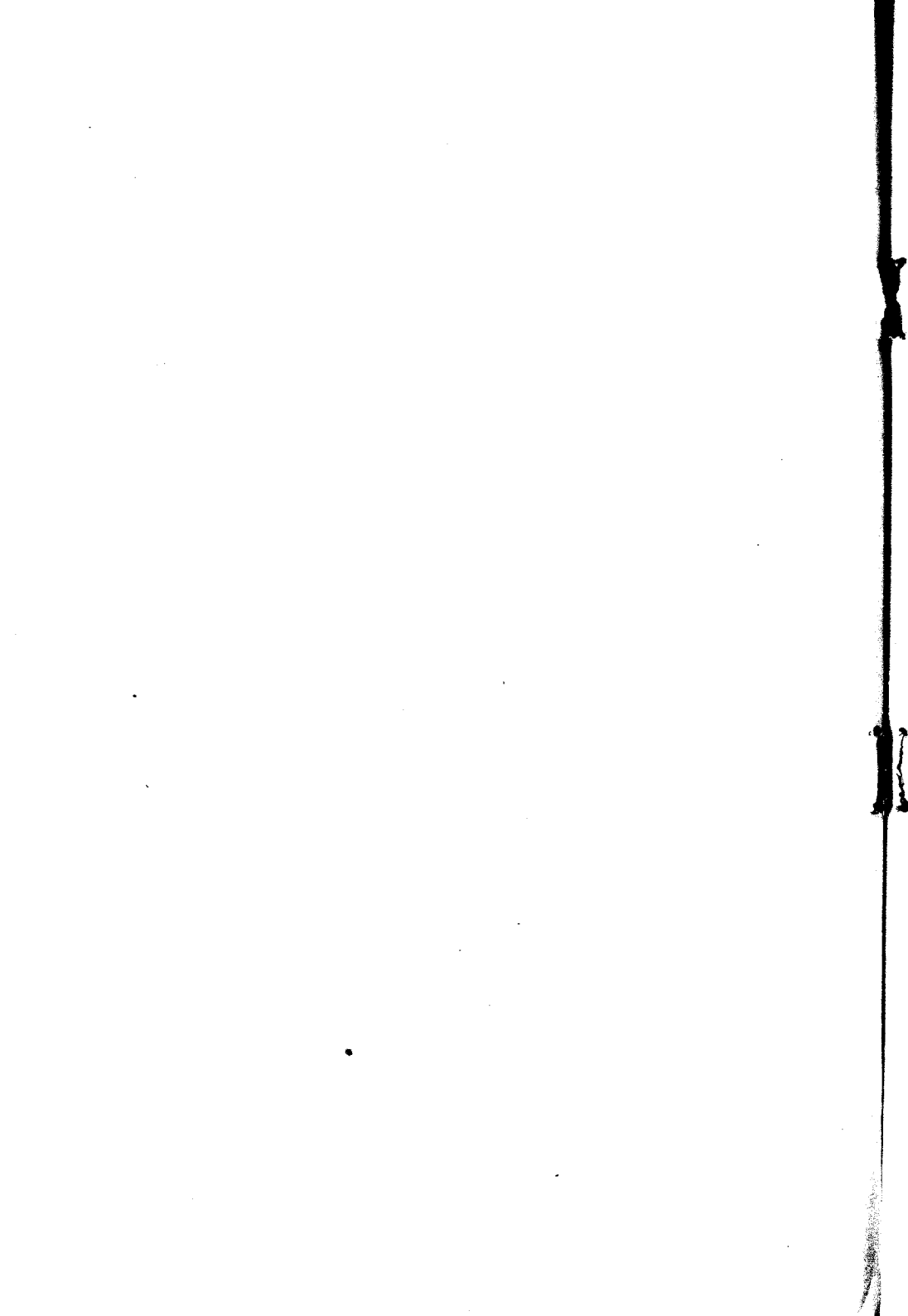
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc...	DR. JUAN C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



• PADRINO DE TESIS:

D^r Luis B. Calderón



*A mis amados padres
a quienes todo debo*

3

3

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Elevo a vuestra consideración la presente **tésis** para optar al título de Doctor en Medicina.

Permitaseme que al retirarme de la **escuela**, envíe mi respetuoso saludo al cuerpo de **profesores** que en los distintos años ha sabido **orientarme** con su esclarecido criterio.

Anatomía. Descriptiva.—La región ano-rectal, asiento del hemoides abarca la última porción del intestino grueso comprendida entre la ampolla recta y la piel que rodea la margen del ano. Entran en su formación: el orificio anal y la última porción del recto.

El orificio anal está situado en el periné posterior, en el pliegue interglúteo, a 20 m.m. de la punta del coxis en el hombre, a 30 mm. en la mujer. Separa por sus costados las dos fosas isguio-rectales; por detras está en relación con el rafe ano-coxigeo y con los fasciculos musculares que en él se insertan, por delante con la uretra en el hombre, con la vagina en la mujer.

El límite superior lo constituye un plano que pasa por la convexidad de las válvulas de Morgagni (línea ano; su límite inferior es otro plano convencional paralelo al primero y distante de él 15 a 20 mm. (línea ano perineal).

El recto perineal termina hacia arriba en la ampolla rectal un poco por encima de la inserción del músculo elevados del ano.

Constitución anatómica.—El estudio anatómico de la región comprende cuatro planos diferentes y superpuestos. 1.º Revestimiento suta-neo-mucoso. 2.º Tejido celular submucoso. 3.º Capa muscular, 4.º vasos y nervios.

Primer plano. El revestimiento cutáneo del orificio anal difiere de la piel del perine en que es más delgado, más coloreado y está constantemente húmedo. El anillo de piel que lo rodea está cubierto de pelos y se denomina margen del ano, la transición entre ambos se hace de una manera insensible.

Del lado del recto tampoco se continúa bruscamente con la mucosa de ese órgano; hay una banda de transición de 8 a 10 mm. que se denomina gorra intermedia. A este nivel la mucosa recta presenta unos pliegues en forma de media luna de concavidad superior, que miden 8 a 10 mm. de ancho por 3 mm. de alto y que se disponen en círculo en número de 5 a 8; son las válvulas semilunares de Morgagni. De la extremidad de estas válvulas y a expensa también de la mucosa, parten unos pequeños relieves longitudinales que se prolongan hacia arriba en una extensión de 10 a 12 mm. y se llaman columnas de Morgagni. Dichas columnas están separadas por surcos longitudinales que terminan hacia abajo en la bolsa de las válvulas correspondiente.

Esta zona intermedia y la parte de la mucosa rectal que reviste el resto del órgano se caracterizan por estar muy poco adheridas a la capa muscular del sistema venoso.

Segundo plano. —El tejido celular sub-muco-

go es sumamente laxo y vascularizado por rica red venosa.

Tercer plano.—Intervienen en su formación las dos variedades del tejido muscular: liso y estirado.

Las fibras lisas se disponen en dos planos.

1.º—Las fibras circulares, situadas inmediatamente por debajo de la mucosa, van espirándose gradualmente hasta el ano, formando alrededor de la región ano rectal un anillo muscular liso, es el esfínter interno. Por debajo se inserta en la piel de la margen del ano, en una extensión de 8 a 10 mm; por arriba se continúa, sin línea de transición, muy claramente con los últimos fascículos musculares de la ampolla rectal. Su altura es de 4 mm; su espesor mide 3 a 6 milímetros.

2.º Las fibras lisas longitudinales, son continuación de las del reto y terminan a este nivel de diversos modos, por lo que se las clasifica en tres grupos a) las fibras mas superficiales o externas terminan a derecha e izquierda en la aponeurosis perineal superior, razón por la cual dicha aponeurosis se halla tan íntimamente unida al recto. b). Las fibras

medias desaparecen en la cara interna de una capa de tejido fibro elástico, en cuya cara externa toman inserción las fibras del músculo elevador del ano. Algunas de las fibras profundas ó internas pasan entre medio de los dos esfínteres, otras lo atraviesan y van a insertarse en la cara profunda de la piel del ano.

Estas fibras longitudinales estan reforzadas: hacia los costados, por fibras que vienen del elevador; hacia atrás por dos fascículos que proceden del sacro y del coxis (músculo recto coxígeo de Treitz); por delante, solamente en el hombre por un fascículo que procede de la capa longitudinal de la uretra (músculo pre-rectal de Flenle).

Las fibras estraidas, si bien forman un músculo independiente de la región que estudiamos guardan con ella tan estrechas relaciones que hace indispensable su descripción en este capítulo.

De su agrupación resulta un músculo orbicular, el esfínter externo del ano. La mayor parte de las fibras que lo forman se insertan hacia atrás en el rafe ano coxígeo, algunas de ellas en el dermis, todas se dirigen hacia adelante, dividiéndose pronto en dos mitades que rodean el orificio anal, para reunirse en seguida ante este orificio en el rafe ano bulbar. La cara externa del esfínter está en relación con la capa célula adi-

posa que llena la fosa isquio rectal; mientras que la interna lo verifica sucesivamente por arriba con el esfinter interno, por abajo inmediatamente por debajo de dicho esfinter; con la mucosa del recto y con el pexo venoso hemorroidal. Entre los dos esfinteres, desciende un paquete mas o menos considerable de fibras longitudinales que proceden en parte del recto y en parte del elevador del ano. Su circunferencia superior está en relación con el elevador del ano, al que se halla unido por una capa de tejido conjuntivo: su circunferencia inferior esta en relación con la piel del perine.

Cuarto plano.—Las arterias de la región ano rectas provienen de las hemorroidales inferiores, cuyas numerosas ramitas se anastomosan con las últimas ramificaciones de las hemorroidales medias y de la tacra media, distribuyéndose en los dos esfinteres en la mucosa y piel del ano y en el recto perineal.

Venas.—El estudio de las venas de la región ano rectal es de capital importancia por constituir ellas el asiento anatómico de la región que nos ocupa.

Las venas de esta región difieren de las del color, porque forman á este nivel y en el espesor de la capa celular un rico plexo, el plexo hemorroidal.

Si se examina esta zona despues de una inyección de la vena mesentérica inferior, se observa a la altura de las válvulas semilunares, la existencia de pequeñas cavidades venenosas, en forma de ampollas que ocupan a la manera de una corona irregular, todo el contorno del intestino.

Son hemorroides en su comienzo.

En el plexo hemorroidal toman origen las venas hemorroidales superiores, dirigiéndose hacia arriba por debajo de la mucosa. A. 8 a 10 centímetros por encima del ano, perforan la túnica muscular, uniéndose para formar la vena mesentérica inferior.

Las venas hemorroidales inferiores, que acompañan a las arterias del mismo nombre, reciben la sangre de la porción perineal del plexo hemorroidal. Nacen en la mucosa rectal, por numerosos ramúsculos que se dirigen a la fosa isguio-rectal, siguiendo diferentes trayectos:

- 1.º—Ramas supra esfinterianas que pasan por el borde superior del esfinter externo;
- 2.º—Ramas trans-esfinterianas que atraviesan el espesor del esfinter externo e interno. (Vernaül y Duret, atribuyen a estas ramas, una importante participación en la patogenia de las hemorroides).
- 3.º—Ramas infra-esfinterianas que contornean

el borde inferior del esfínter externo, sin atravesar ninguna fibra muscular.

Las venas hemorroidales medias, rara vez intervienen en la estructura anatómica del recto perineal. A veces lo hacen por simples ramitas, que nacen inmediatamente por encima de la inserción del elevador del ano. Su principal origen está en la vejiga, en las vesículas seminales y en la prostata, en el hombre; en la vagina y útero, en la mujer. Van a desembocar en la vena hipogástrica.

Todo el revestimiento cutáneo de esta región posee una rica red linfática superficialmente colocada en el dermis.

Esta red comunica hacia arriba con el recto pelviano, y hacia abajo la del perine. A los lados se vierte en tres o troncos que recorren el tejido celular sub-cutáneo de la cara interna del muslo para terminar en los ganglios inguinales.

Nervios.—La región ano rectal esta ricamente inervada por filetes sumamente delgados pero muy numerosos que provienen del plexo hipogástrico y del plexo sacro. Los filotes que provienen del plexo hipogástrico contienen fibras motosas y fibras sensitivas; las primeras destinadas al esfínter interno; las segundas se pierden en la parte superior del revestimiento cutáneo.

El plexo sacro suministra al ano el nervio

anal o hemorroidal, aunque a veces este nervio toma su origen en el nervio pudente interno. Termina también dicho plexo por filetes sensitivos que se distribuyen en el revestimiento cutáneo, y por filetes motores que van a inervar el esfínter externo.

ANATOMIA, PATOLÓGICA Y PATOGENIA

Los trabajos de disección de Verneuil, Gosselin, Arrou y otros, en cadáveres en que las venas del recto han sido inyectadas y disecadas y más tarde la observación microscópica de los cortes histológicos de los paquetes hemoidales, han dado gran impulso a los estudios anátomo-clínicos de la afección que nos ocupa.

De estas observaciones se desprende una clasificación puramente anatómica de los hemoides, distinguiéndolos en hemorroides externos y hemorroides internos.

Los primeros se forman en las venas hemorroidales inferiores y están situados de una manera constante fuera del orificio, se forman a expensas de las venas hemorroidales superiores.

La teoría clínica en cambio, da mayor importancia a los procesos patológicos que se producen en los paquetes hemorroidales, reconociendo como causa de las modificaciones de forma y

estructura de los hemorroides externo, a la inflamación que modifica a su vez el contenido, el tejido que lo envuelve y el tegumento que los reviste.

Los hemorroides son várices de las venas hemorroidarias.

Las antiguas teorías de Recamier y Larroque que las consideraban como quistes sanguíneos del tejido celular, y de Allingham que distinguía tres variedades de hemorroides: venosas, capilares y arteriales; han sido destruidas por los estudios anatómo patológicos posteriores y especialmente por los estudios de Quéne, quien ha hecho notar que si no todas las hemorroides se ingurgitan, cuando se inyecta el sistema de la porta, es porque las trombosis, que con tan frecuente pueden haberlas aisladas parcialmente de la circulación.

Quenci considera a los hemorroides externos várices permanentes de las venas anales subyacente al borde inferior del esfínter; y a los hemorroides internos como varices que se observan en toda la extensión del esfínter interno y por encima de él.

Estos últimos difieren de los primeros, por su forma que es la de un cono vascular de base inferior, mientras que en los externos esté como es mas irregular y de dirección a veces transversal, con dilataciones venenosas menos numerosas

(4 a 5) pero mas voluminosas, midiendo 4 a 6 milímetros de diámetro. En los hemorroides internos tales dilataciones miden solo 2 a 3 milímetros.

La región anatómica que es asiento de los hemorroides, tiene límites mas o menos precisos, aunque no exactos. El limite que con mas o menos precisión hemos marcado en el capítulo anterior, responde en realidad a lo grueso de la lesión viniendo a ser el punto de asiento de los paquetes hemorroidales. Pero más alla de estos límites, suelen encontrarse alteraciones de las venas que de ellos emergen.

Tal sucede en el trayecto sub-mucoso de las venas hemorroidales superiores, y despues de haber atravesado la capa muscular, cuyas venas aparecen mas dilatadas y flexuosas que las similares de los sujetos que carecen de esta afección.

Y fuera ya del órgano enfermo se observan verdaderas varices en los plexos venosos de las vesículas seminales, y de la prostata en el hombre y de la vagina en la mujer. La vena mesariaica, se encuentra frecuentemente dilatada sin ofrecer aspecto varicoso.

En términos generales: la lesión hemoidaria está representada por un repliegue de la mucosa ano-rectal, mas o menos modificada con alteracio-

nes de estructura de las venas que encierra y de los vasos de revestimiento.

Alteraciones de las venas.—La primera alteración es la simple dilatación flexuosa de la vena de la sub-mucosa, al nivel de las válvulas de Morgagni, dilatación alargada comparable a un grano de trigo, o mas pequeña, unas veces, dispuestas en la estremidad de las venas, otras escalonada a lo largo de los vasos a manera de un rosario. Juntamente con esta forma ampulao, se observan dilataciones fusiformes; o tambien los vasos dilatados se contornean en hélice. Suele verse además la forma descripta por Verneuil; es decir, una vena dilatada que desprende ramificaciones paralelas y muy apretadas.

Estas distintas formas primarios se condensan en un núcleo que se rodea de pequeñas vari- ces serpenteantes, tomando la forma de un cono, cuyo vértice se continúa con una o dos troncos venosos, cuya base mira hacia el ano, constituyendo el hemorroide tipo; es decir, tumor solitario, bien aislado y sorprendido por uno o dos pequeños troncos vasculares o por una red vascular. Estos hemorroides tipos miden aproximadamente 15 a 20 milímetros de altura por 8 a 10 milímetros de ancho.

De su periferia se desprenden pequeños vasos varicosos que se reunen en los hemorroides veci-

nos, de la fusión de varios de estos resulta la formación del paquete hemorroidal; segunda etapa de la lesión.

Por el mismo mecanismo estos paquetes hemorroidales se fusionan entre sí constituyendo el rodete hemorroidado.

Generalmente los hemorroides internos, son primitivos, y su formación es lo que acabo de exponer, la base de un hemorroide aislado o del rodete hemorroidal mismo, se desprenden ramificaciones, las que al llegar al borde inferior del esfínter se dilatan y se agrupan para constituir los hemorroides externos.

En algunos casos, particularmente en la mujer se ha observado la presencia de un paquete hemorroidal del eterno, con ausencia completa de hemorroides internos.

La observación microscópica del los cortes histológicos, muestra la pared vascular esperada en algunos casos, adelgazada en otros. En el primer caso el espesamiento es debido a una hiperplasia del tejido muscular liso, con disminución a desaparición de la túnica elástica y con la particularidad de aumentar considerablemente el espesor del vaso y de disminuir la ley del mismo por la formación de brotes, que son verdaderas emanaciones de la endovena, los que en algunos pun-

tos adquieren dimensiones mayores contribuyendo a acentuar la deformación vascular.

En los casos menos frecuentes este experimento de la pared vascular es debido a formación de tejido fibroso.

El adelgazamiento de las paredes se observa como en las lesiones anteriores, en los vasos de todo calibre. La pared vascular está reducida a una finísima capa de tejido fibroso confundidas a veces con los tejidos vecinos.

Esta cavidad se la observa con frecuencia formando un tejido cavernoso compuesto de venas dilatadas, esclerosadas y separadas por delgados tabiques fibrosos.

Pero no todas las venas esclerosadas se dilatan; algunas se oblituan o estrechan su calibre por brotes de la endovena.

En lo que se refiere a la naturaleza de la lesiones vasculares, todos estan de acuerdo en admitir que se trata de un prosen irritativo, de una flebitis vegetante que tiene por punto de partida la endovena.

Alteraciones de la mucosa ano-rectal.

Las alteraciones de la mucosa más o menos las mismas en las tres zonas. A simple vista aparece la mucosa más vascularizada que a estado normal y adherida a los paquetes hemorroida-

les su coloración mas apelada y espesor mas reducido.

Por examen microscópico se observa en la parte superficial del cerión mucoso, capilares dilatados y flexuosos; en la parte más profunda de la mucosa hay verdaderas lagunas irregulares con bordes festeados como incrustados en el dermis y tapizado de endotelio. Tanto en el endotelio de los capilares como el que reviste estas lagunas hay proliferación de células. En las lesiones mas antiguas se ve un espesamiento tralino del vaso y formación de una vaina fibrosa agregada al endotelio.

En un estado más abanzado la mucosa anal se hace fibrosa.

Etiología.—Tres son las principales teorías que quieren explicar las causas que determinan la formación de los morroides:

Teoría mecánica.—Los partidarios de esta teoría atribuyen al aumento de presión, y dilatación consecutiva en las venas hemorroidales, divergiendo las opiniones al pretender explicar el origen de este cambio presión intravernosa.

Teoría congestiva.—Duplay, Lanelongue, atribuyen a la congestión activa un papel importante en la etiología del hemorroide.

Teoría inflamatoria.—Como la anatomía patológica lo explica, las lesiones se reducen, en

aintesis: 1° a la dilatación de los capilares; ven-
musculares y venas de la región; 2° a la existencia
de lesiones inflamatorias ocupando la pared de
estos vasos, cuya lesiones son conceptuadas co-
mo endeflevitis de origen infeccioso. Las capas
elásticas y musculares son mas tardes alcanzadas
por la lesión sufriendo transformaciones de hiper-
trofia, y atrofia consecutiva.

Disminuida la resistencia de la pared vascu-
lar; estos se destienden fácilmente por todas las
causas que aumentan la presión sanguínea intra-
venosa.

Sintomas y diagnóstico muchos enfermos se
quejan de hemorrides sin padecer de este mal;
antes de practicar el examen del ano y del recto
si se interroga a los enfermos se puede en mu-
chos casos llegar al diagnóstico; por ejemplo un
enfermo manifiesta, que desde hace un tiempo
él tiene una sensación de peso en la pequeña pel-
vis que la defecación es penosa acompañada de
dolor que se irradian al eseroto, lomos-uretra, ve-
jiga, órganos genitales internos en la mujer; que
padece de dolor de cabeza, por último que sien-
te en el ano una tensión desagradable, que él
constata la presencia de pequeños tumores dolo-
rosos, perdiendo en cada deposición una cantidad
de sangre, se puede sino asegurar que el sujeto
padece de hemorroides por lo menos sospecharlo.

Ahora se debe hacer un examen directo de la región ano rectal. Las hemorroides externas aparecen como tumores azulados reductibles a la presión, o al contrario, duros, irreductibles, cuando están inflamados; en este último caso se encuentra en su superficie, pequeños puntos grises indicio de un efácelo; algunas veces se encuentran ulceradas. El diagnóstico es fácil cuando el hemorroides externo es turgescente, no pasando lo mismo cuando está flácido; pudiendo ser confundido con condilomas; ellos varían por su asiento, ocupando por lo común, la parte posterior del ano, en tanto que los hemorroides; externos, ocupan un punto cualquiera de la margen del ano, estando generalmente aplastados, y presentando una superficie más o menos rugosa, debido a la hipertrofia del dermis.

Los hemorroides internos no procedentes son de un diagnóstico mas difícil. Se dice que por lo común van acompañados por hemorroides externos, pero ellos pueden encontrarse acompañado a otras afecciones del recto. El síntoma mas seguro aquí es la hemorragia; sobre todo acompañado de los síntomas congestivos que hemos nombrado antes; pero el puede ser dado también por un neoplasma del recto, de una estrechez con ulceración de la mucosa; en ese caso el tacto rectal aclara la duda.

El tacto en el caso de hemorroides internas rebela la presencia de tumores redondeados, blandos, comprensibles, sesiles o pediculados que no pueden dejar ninguna duda en el espíritu del cirujano. Se puede es cierto pensar e un polipo del recto, pero esta afección es rara en el adulto y mas frecuente en el niño; todo lo contrario de lo que pasa en los hemorroides; tienen también como caracteres diferenciales las hemorroides son múltiples mientras que los polipos es único, ellos se reducen de volumen a la compresión el polipo no disminuye; los hemorroides tienen menos volumen.

El diagnóstico diferencial entre hemorroides y polipo raramente se presenta, porque cuando se hace un tacto rectal es después de pérdida de sangre por el ano, y por lo tanto los hemorroides no estando turgescentes; el tumor hemorroides aparece flacido y aún se puede teniendo el tacto bien desarrollado sentir las ulceraciones que han dado salida a la sangre. Cuando se siente una mucosa mas o menos turgescente, formada por numerosos pliegues se hace el diagnóstico de hemorroides internas procedentes.

El empleo del espéculum fuera de los periodos congestivos, es el medio más seguro. Pero este medio no se emplea por lo común: por ejemplo si se está frente a un enfermo que se queja

de hemorragias despues de la defecación; el tacto rectal muestra que no hay ni cancer del recto ni estrechez, entonces se dilata con el espéculum. De esta dilatación esfinteriana considerada como suficiente por Verneuil para curar los hemorroides internos: no es más que el primer tiempo de operaciones más complejas.

El espéculum permite constatar, que las lesiones de las venas ano-rectales que producen la perdida de sangre, no son siempre las mismas. Tanto, y es lo mas comun, se encuentra un verdadero rodete circunferencial, compuesto por un gran numero de tumores, que resaltan por su coloración oscura sobre la mucosa ano-rectal mas palida.

En otras circunstancias, son tumores espaciados, que tienen la forma de un cono a base inferior, y el vertices superior prendido a una vena. Es el hemorroide tipo. Algunas veces se trata de dilataciones en rosario, limitadas a un grupo de venas, que pasan por las columnas de Morgagni; son las hemorroides en columna de Hamilton.

En otros casos; una vez hecha la dilatación, no se encuentra tumor hemorroidal, sino una mucosa roja vascular, que sangra al menor contacto; se trata de una verdadera dilatacion cavernosa de la mucosa anal.

Si se trata de un enfermo con hemorroides internas procidentes reductibles; él contará que cada vez que defeca, constata al hacerse la *tua-lete* del ano, además de la presencia de sangre, que una masa mas o menos voluminosa sale del ano, y que se reduce por la presión mas o menos prolongada.

Puede preguntarse si no se trata de pólipo con polapsus de la mucosa. El pólipo que sale del ano se distingue del hemorroides procidente, por los siguientes caracteres: por su forma, color, por su superficie mamelonada y la constatación, por el tacto rectal, de un pedicelo delgado que lo une a la mucosa.

El polupsus de la mucosa recnal puede confundir al cirujano, por la hemorragia que da. Pero cuando se trata de un niño con una eversión total de la mucosa, el tumor anal forma un cilindro, de superficie lisa y rojisa, no ofrece ninguna analogía con los hemorroides. Cuando la mucosa está eversionada parcialmente se puede pensar en hemorroides; pero no hay tumor sobreagregado a las tunicas rectales, solamente algunos repliegues rugosos y húmedos, que permiten hacer el diagnóstico.

El prolapso total del recto que se observa tanto en el adulto como en el niño, su grueso volumen, su forma cilíndrica el espesor de sus

paredes la presencia en su superficie de plieguez mucosos transversos; son signos que permiten reconocerlo facilmente.

Tratamiento.—Despues de hacer una ligera reseña de los diferentes métodos, para el tratamiento de los hemorroides, médicos o quirurgicos; voy a dedicar especial atención al tratamiento por la inyección de glicerina fenicada, este tratamiento he tenido la oportunidad de observar en un gran numero de casos, con buenos resultados, en los servicios de cirujia de los doctores Juan B. Tonina y Aquiles Pirovano en el hospital Pirovano.

Tratamiento médico se resume en la mas rigurosa limpieza de la región anal, una vida activa y un régimen sóbrio. Debe practicar todas las mañanas lociones con agua fria; los enemas frios serán útiles cuando exista rutitis con flujo mucoso. Es indispensable que el enfermo haga deposiciones diariamente y a hora fija; mejor por la noche.

No debe usar en su alimentación manjares condimentados, tocino, foie gras, caza, langostas, cangrejos, trufas, vinos, licores. Los ejercicios moderados son convenientes; asi como la practica hidroterápica.

El tratamiento medicamentoso, que se dirige a las hemorroides mismas es muy limitado. No puede concederse gran confianza a los diversos

remedios a los que se atribuye una acción des-
congestionante.

De los tratamientos quirúrgicos voy a ocuparme de los métodos de Whitehead y de Girard.

Método de Whitehead.—La mucosa rectal es disecada circularmente de abajo a arriba hasta el nivel del esfínter del interno, y el cilindro mucoso así aislado, se corta, uniéndose después la mucosa a la piel del orificio anal.

1^{er} tiempo.—Se incide la mucosa en su punto de unión con la piel, sobre toda la circunferencia del ano. Después se disecciona la mucosa, con los dedos, la sonda acanalada o una tijera de punta roma; la disección se sigue hasta el nivel del esfínter interno teniendo cuidado de no cortar ninguna de sus fibras.

2^o tiempo. *Resección de la mucosa.*—Se divide el manchón mucoso en dos valvas, seccionando longitudinalmente en la línea anterior, pues en la línea posterior. La mucosa se tira abajo y se fija a la piel por dos puntos exactamente en la línea media. Para fijar la mucosa es conveniente poner cuatro puntos en forma de U en la estremidad de los diámetros anteroposterior y transversos. La mucosa se corta entonces.

3^{er} tiempo—Sutura. El borde circunferencial de la mucosa cortada es unida al de la piel por puntos separados ó por surjet.

Procedimiento de Girard.—Por el procedimiento de Girard, la extirpación se hace en cuatro paquetes separados: (arriba, abajo y sobre los costados), cuidando de verificarla con simetría.

Con pinzas de Kocker se toma el paquete por su parte más prominente, ejerciendo sobre él ligeras tracciones, para, individualizarlo lo más que se pueda; una vez aislado con otra pinza de Kocher se lo estrangula en su base, dejando la pinza en posición; sobre la pinza tenida bien cerrada y casi á ras de ella, se secciona con una tijera rocta la mucosa así aprisionada y con ella las varias incluidas en su interior. Se hace una sutura continua comenzando y anudando el primer punto en plena mucosa rectal. Las asas de la sutura continua abrazan las ramas de la pinza, que tiene entre sus dientes la herida de la mucosa seccionada; estas asas no se apretan hasta despues que la sutura ha alcanzado la piel y se ha retirado la pinza envuelta primeramente por los hilos de sutura.

Retirada la pinza se ejercen tracciones suaves y progresivas sobre el hilo; las asas se ajustan, la herida se cierra y no queda sino anudar sobre la piel el hilo de la sutura, hasta ahora libre.

Extirpado el primer paquete se extirpa de la misma manera los restantes.

Método por la inyección de glicerina fenicada. Se comienza evacuando al intestino por medio de ligeros purgantes matinal, durante dos o tres días; el día que procede a la intervención se hace un lavaje; comenzando entonces a administrar el opio. Dieta lactea a partir de este momento.

Ya, en la mesa, el enfermo adopta la posición de la talla peritoneal, de cúbido dorsal, muslos flexionados y separados, pelvis levantada y sobrepasando el borde de la mesa. El cirujano se sienta en un taburete bajo, frente al perine; ayudante de pié.

Anestesia local: solución de novococaina. Se comienza por introducir en el ano un tapón empapado en dicha solución, se hace despues la anestesia cutanea valiéndose de una jeringa Lues. Finalmente se hace cuatro o cinco inyecciones en pleno espesor del esfinter.

Asepsia de la región preoperatoria.

La dilatación puede ser digital o instrumen-

tal, es preferible esta última porque es cómoda y suficiente. Basta introducir un especulum anal y entreabrirlo con suma lentitud.

La técnica de las inyecciones es muy simple. Conviene usar una aguja más larga y algo más gruesa que las comunes y basta la jeringa. Lúes ordinaria, de uno a dos c. c. Sin embargo la jeringa de vidrio que Barthélemy y Levy Ring han hecho construir para inyecciones de aceite gris, permiten apreciar mejor la cantidad de solución que se inyecta. La inyección debe de hacerse lentamente en la base de cada, se inyecta una o dos gotas en cada paquete hemorroidal, la mucosa de revestimiento palidece. Conviene esperar un momento ante de retirar la aguja y si la dosis inyectada pareciera insuficiente puede aumentarse, recordando que el ideal consiste en que la glicerina fenicada entre en contacto con las paredes venenosas y que los efectos reales con mayores que los aparentes, pues debido a su densidad la solución se extiende y obra lentamente.

Al tercer día se evacua el intestino y el enfermo vuelve a su alimentación normal.

Inmediatamente despues de la operación se ve los nucleos aumentar, turgentes, enormes quedan fuera del ano. Durante las horas que siguen la tumefación aumenta y toman un color inquietante, al que opera por primera vez. No

hay nada que temer y al cabo de dos o tres días la rejección y los núcleos disminuyen de volumen, desapareciendo completamente en un término medio de 20 a 25 días.

Conclusiones. El método esclerosante por dar las inyecciones de glicerina fenicada es curativo de las hemorroides externas e internas, como lo atestiguan las numerosas observaciones realizadas en los servicios de clínica quirúrgica de los Dres. Juan B. Tonino y Aquiles Pirovano.— Hospital Pirovano.

El procedimiento esclerosante debe preferirse a los otros procedimientos quirúrgicos:

- 1.º Por su técnica sencilla al alcance de cualquier médico.
- 2.º Porque no deja puerta de entrada a las infecciones siempre presente en las intervenciones realizadas en la región ano-rectal, acortando por consiguiente la curación.
- 3.º No tiene los peligros de la estrechez ni incontinencia como he podido constatar en el procedimiento de Whitehead.
- 4.º No es dolorosa ni en el acto operatorio ni pos operatorio.
- 5.º Los cuidados pos operatorio son minimus.
- 6.º La eficacia operatoria no es inferior a los otros métodos.

7.º Los peligros señalados en este método como por ejemplo: estriacimos, necrosis, enrolias, etc. no hemos observado nunca en los numerosos casos operados.

M. L. argentino, 46 años, casado, empleado.

Entrada: 8 de Marzo 1916.

Diagnóstico: Hemorroides.

Desde hace mucho tiempo padece de ataque de crisis hemorroidales, es constipado y padece en el momento de la defecación de dolores y a veces es acompañada de pérdida de sangre.

Al hacer el examen del ano nos encontramos con hemorroides externas e internas voluminosas. Como el enfermo vino de su casa preparado previa anestesia local, dilatación anal instrumental se hace en cada paquete la inyección esclerogenada de glicerina fenicada.

La noche pasa tranquila, al otro día manifiesta no sentir nada, los paquetes se encuentran rojos y tumefactos, pero el enfermo no sufre y se retira a su casa, se le recomienda que evacue el vientre al día siguiente; a los cinco días el enfermo viene, sus hemorroides muy disminuidas de volumen, no dolorosas, como a los veinte días la regresión era completa.

B. C. argentina, 42 años. casada, q. d.

Entrada: Febrero 2 1916.

Diagnóstico: Hemorroides.

Mujer sana bien desarrollada. buen estado de nutrición. Ha tenido 11 embarazos mamales.

En los últimos años ha tenido varias crisis hemorroidales con pérdida de sangre y dolores en el momento de defecar.

Al examen del ano se encuentran hemorroides externas e internas, grandes, blandas, no dolorosas; las hemorroides internas grandes, proci-dentes. Es un tumor hemorroidal, casi continua en todo el contorno del ano.

El 4 de Febrero se opera. inyección esele-rogena de glicerina fenicada. Los paquetes se ponen rojos, duros, a la noche la enferma siente pequeña molestia pero consigue el sueño. sigue sin ninguna novedad, la retracción empieza a los dos días y sale de la clínica sin sentir ninguna molestia a los cinco días vuelve de nuevo la enferma y a los veinte días de operada la reducción es completa.

M. S. italiana, 17 años soltera q. d.

Entrada: 16 de Marzo de 1916.

Diagnóstico: Hemorroides.

Desde hace un año ha tenido a largos inter-

valos pequeñas hemorragias pero ahora los hemorroides hacen procedencia en el momento de la defecación. Aparecen entonces dolores cuya intensidad va aumentando por grados, para desaparecer despues paulatinamente.

Al hacer el examen del ano se notan pequeñas hemorroides procidentes.

Despues de preparar la enferma el día 18 de Marzo se hace la intervención previa anestesia local y dilatación instrumental, se hace la inyección de glicerina fenicada en cada paquete.

La noche de la intervención la enferma pasa bien, duerme tranquila, manifestando no sufrir.

Los paquetes venosos se presentan rojos aumentados de volumen. Al tercer día se le da un enema haciéndola andar de cuerpo. Al cuarto día se levanta no sintiendo ninguna molestia. Al sexto día se va de alta los paquetes hemorroidales muy disminuidos de vólumen presentan ya un aspecto apergaminado.

F. P. argentino, 44 años, casado, jornalero.

Entrada: 15 de Mayo de 1916.

Diagnóstico: Hemorroides.

Desde los 30 años, proximaente, comienza a sufrir perdidas sanguineas y dolores que sobre vienen por crisis cada dos o tres años, coincidiendo con periodo de constipación tan intenso que le impiden trabajar.

En los intervalos el sujeto lo pasó bien, molestado solamente por dolores muy lijeros al defecar. Examinabo el ano se encuentran paquetes hemorroidarios externos e internos, tensos y dolorosos, uno de ellos más voluminoso ulcerado.

A pesar de encontrarse en condiciones desfavorables se le hace el 18 de Marzo una inyección esclerogena, a raiz de esta los dolores desaparecen. Cinco días despues sin dolor ni reacción enflamatoria, evacúa el vientre bajo acción de un purgante.

M. J. argentina, 34 años, soltera, q. d.

Entrada: 18 de Marzo de 1916.

Diagnóstico: Hemorroides.

Voy a relatar esta historia, porque el caso no evolucionó como en la mayoría de los enfermos observados.

Hace mucho tiempo padece de ataques hemorroidales. es constipada y siente grandes dolores en la defecación.

Al examen del ano se encuentran hemorroides externos e internos voluminosos.

Se hace la inyección esclerogena. el día 20 de Enero. Los paquetes hemorroidarios se ponen edematosos rojos y tensos. A la noche la enferma manifiesta sentir dolores y como no puede consiliar el sueño se hace $\frac{1}{2}$ centigramo de morfina.

Al día siguiente se queja de molestia sin llegar a ser dolores, pasa el día tranquilo y a la noche consilia el sueño sin necesidad de acudir a la morfina. A los cinco días se le hace mover el vientre, siente ligeras molestias. La regresión de los paquetes no se produjo como es habitual, después del tercer día sino que tardó en empezar a producirse como a los veinte días muy lentamente pero sin producir a la enferma molestia.

R. S. argentina, 28 años, soltera, q. d.

Entrada: 16 de Noviembre de 1915.

Diagnóstico: Hemorroides.

Desde hace dos años siente pesadez e incomodidad en el ano, acompañado de prurito molesto y persistente. En varias ocasiones ha sufrido fuertes dolores prolongados por varios días.

Al examen del ano se nota hemorroides externas ligeramente indurado y varios paquetes internos separados por mucosa sana.

El día 20 de Noviembre se le hace la inyección esclerogena, la enferma pasa la noche tranquila y los días siguientes los paquetes se presentan tumefactos, rojos aumentados de volumen, pero no producen en la enferma la menor molestia, al cuarto día se nota en uno de los paquetes una pequeña placa de necrosis que se eliminan al quinto día dejando una ulceración

muy rebelde que prolonga por muchos días la curación, los demás paquetes evolucionan normalmente compensando al tercer día su regresión, para su completo censo a los 25 días.

Se evacua el vientre al tercer día. Esto sucede por haber inyectado mucha cantidad, este accidente es muy raro.

CÁRLOS CALDERÓN.



Buenos Aires, Abrii 4 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Daniel J. Cranwell, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. José María Jorge para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 1.º de la "Ordenanza de exámenes".

E. BAZTERRICA.

J. A. Gubastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 13 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3137 del libro respectivo, entreguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gubastou.
Secretario.

30538

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5708 SOUTH CAMPUS DRIVE
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700
FAX: 773-936-3701
WWW: WWW.CHEM.UCHICAGO.EDU

MEMORANDUM

TO: [Name]

FROM: [Name]

SUBJECT: [Subject]

[Main body of text]

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento médico de las hemorroides.

Cranwell

II

Bibliografía nacional.

P. Palma

III

Indicaciones del método de Kelsey y Lange
en el tratamiento de las hemorroides.

J. M. J.

