

# La curación radical de las hemorroides sin operación.

Por I. BOAS.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, Berlín)

Después de 20 años de experiencia en el tratamiento de las hemorroides, Boas encuentra que el medio más eficaz es la aplicación del alcohol de 96 grados, en inyecciones. Durante años, ha usado las inyecciones de fenol (método de Kelsey) con magnífico resultado, mas a menudo esto no sucede pues las reproducciones fueron frecuentes; la mayor objeción que puede hacerse al fenol estriba en su acción tóxica y escarótica. Boas ideó una substancia que careciera de tales inconvenientes, y desde hace cuatro años ha estado usando el alcohol de 96° para las inyecciones y ha quedado muy satisfecho. Describe su método así: 1° Preparación del enfermo, 2° el tratamiento propiamente dicho y 3° el tratamiento ulterior. El enfermo debe permanecer en la cama durante el tratamiento, al contrario de lo que se acostumbra hacer, generalmente en América. Por medio de la ventosa de Bier se provoca la prociencia de las hemorroides afuera del ano; la experiencia enseña que la succión debe ser larga y vigorosamente aplicada. si se quiere que todas las hemorroides salgan y es esencial para el buen resultado que todos los nódulos sean inyectados. Cuando el operador se ha dado cuenta del número y tamaño de los tumores hemorroidarios, les vuelve a introducir en el recto; si ellos sangran abundantemente, la hemorragia será cohibida por medio de inyecciones repetidas de cloruro de calcio. El primer día se administra una purga al paciente y, al día siguiente se hace un aseo del recto por medio de un enema jabonoso. Para efectuar la curación el enfermo deberá adoptar la posición genu-pectoral y por medio de la ventosa de Bier se exteriorizan los tumores; con una jeringa graduada, de 10 c.c. de capacidad, se inyectan de 2 a 5 c.c. de alcohol a 96°; la inyección deberá ser profunda y rápida, mas, cuidadosamente colocada en las hemorroides; para una de tamaño moderado pueden emplearse 2 inyecciones, una de 2 c.c. en la mitad superior y otra de igual capacidad en la mitad inferior. Si se trata de un tumor excesivamente grande pueden necesitarse 5 c.c. para cada inyección. La ejecución del procedimiento requiere solamente 2 o 3 minutos, aun cuando los tumores vasculares sean numerosos. A las veces, las inyecciones son dolorosas por lo que el autor aplica un anestésico local unos 15 o 20 minutos antes de poner las inyecciones; puede sentirse una sensación ligera de quemadura durante cierto tiempo, pero ordinariamente no hay mayores molestias. Después de las inyecciones las masas hemorroidarias deben

introducidas de nuevo en el recto, si ello fuere posible, lo cual será difícil cuando se trate de masas muy voluminosas; en ocasiones se verá uno obligado a dejar una porción de las hemorroides fuera del recto, lo cual dilata la curación algunos días, ya que la gradual necrobiosis de la porción extra-anal hará que aquélla se elimine. El tratamiento ulterior es muy importante: el paciente debe permanecer en cama durante cuatro días, recostado sobre el dorso y estar sometido a una alimentación exclusivamente líquida, para reducir al mínimo la actividad intestinal; al cuarto o quinto día se administra un purgante y si el prolapso de las almorranas no se hace en la primera evacuación ya no se presentará en lo sucesivo, ordinariamente, por lo que se permitirá al enfermo volver a la alimentación normal y moverse libremente.

La prueba final, que se hará al cabo de una semana de las inyecciones, consiste en una nueva aplicación de la ventosa de Bier, con objeto de ver si las hemorroides han quedado definitivamente fijadas a la pared del recto.

En los 52 enfermos tratados por este procedimiento la curación radical se ha logrado en todos los casos y no se han observado recidivas; en dos casos se hizo necesario aplicar una segunda inyección. La cantidad total de alcohol inyectado nunca fué mayor de 10 c.c.

“The Journal of the American Medical Association”. Chicago, 1920.

---

## Un caso de ruptura uterina espontánea. Cesárea abdominal e histerectomía.

Por los Dres. AURORA CURBELO LARROSA  
y HECTOR GARCIA SAN MARTIN.

(*Revista Médica del Uruguay.*)

M. R. Viene en trabajo de parto y con precidencia de la mano derecha. Dice que los dolores le empezaron el día 20 a las diez horas, que pasó toda la noche con dolores y que desde el 21 a las seis horas pierde líquido amniótico. Una hora después, la enferma nota una mano del feto que sale por la vagina. Al examinarla, se nota el siguiente cuadro: Dilatación completa, bolsa de aguas rota, desde hace tres horas, útero muy retraído sobre el feto y de forma ovoide. La mano prolapsada es la derecha y tiene coloración violácea. Al auscultar los latidos fetales, parecen sentirse pero muy débiles y lentos. Al tacto, que es muy doloroso, se comprueba una presentación de hombro derecho, dorso posterior. Se intentó introducir la mano dentro del útero para hacer una inversión in-