

*A propósito de la orden del dia anterior*

Dr. Larghero.—En la última sesión, a propósito de la comunicación del Prof. Prat, sobre tuberculosis de la glándula mamaria, se renovó la discusión ya entablada el año anterior con motivo de la presentación por el Prof. Nario de un caso de supuraciones focales metastisarias, sobre el valor que tiene para el diagnóstico de la tuberculosis, la constatación de las lesiones microscópicas que los anatomopatólogos consideramos sin reservas como características de esta afección.

En ambas sesiones se habló de la necesidad de la investigación sistemática, en todos los casos, del bacilo de Koch en los tejidos para afirmar la tuberculosis, y los que expresaban esta opinión se fundaban en el hecho que, en su concepto, las lesiones histológicas de la tuberculosis y, especialmente, de unos de sus elementos, la célula gigante, pueden ser dados por otros procesos.

Esta afirmación constituye un doble error y una apreciación inexacta de lo que son las lesiones histológicas de la tuberculosis.

Doble error, porque: Ni es necesario buscar el bacilo de Koch. Ni ningún histólogo hace el diagnóstico de tuberculosis por la sola constatación de células gigantes.

Una apreciación inexacta: porque no hay ningún proceso capaz de dar en la economía, un complejo celular con la arquitectura de las lesiones tuberculosas, otro que la tuberculosis misma.

Yo puedo decir, por lo que he podido observar y lo que he aprendido de los maestros de Anatomía Patológica, que la investigación del bacilo de Koch en los tejidos, no solamente no es indispensable, sino que, muy a menudo, es innecesario y sólo se aplica, y yo lo he aplicado, en contadas ocasiones. Exigir su constatación para poder ser afirmativo, es buscar un exceso de garantía, que yo teóricamente apruebo; pero negar el valor del diagnóstico histológico, como lo ha dicho el Dr. Armand Ugón, constituye una afirmación que esta Sociedad no puede en manera alguna aceptar como definitiva y en contra de la cual ya hemos opinado con el Dr. Bado en la primera ocasión y nos volvemos a inscribir en ésta.

Creo de interés decir, que cuando hablamos de lesiones anatómicas de la tuberculosis, entendemos no referirnos sólo a la célula de Langhans, elemento común a muchos procesos de toda índole, que sería

fastidioso enumerar, si bien la célula de la tuberculosis tiene caracteres bastante netos para diferenciarla de las otras. Pero no se trata del diagnóstico de la tuberculosis por la célula gigante, elemento que puede faltar sin que la lesión pierda por ello su personalidad, se trata de reconocer las diversas formas microscópicas que traducen en los tejidos la acción destructiva de las toxinas bacilares y la reacción defensiva tisural, en cuya edificación los elementos sanguíneos y, sobre todo, el tejido conjuntivo, toman parte predominante en su más amplia acepción.

Y bien, son estas lesiones de aspecto variable, según predomine la destrucción o la defensa, según la virulencia microbiana, el terreno en general, el tejido u órgano, el tiempo de evolución y muchos otros factores; son estas lesiones que buscamos y sobre las que fundamos nuestro diagnóstico. Y si serán características, que ni la suma y la variabilidad de estos factores son capaces de enmascararlas. Es el folículo de Köster, la granulación, el tubérculo, etc., etc., siempre presentes, siempre fáciles de reconocer y afirmar, para que el que tiene el hábito de hacerlo, salvo casos especiales de evolución muy crónica o de asociación patológica. Y en estos casos que son raros, la investigación del bacilo de Koch en los tejidos es penosa y casi siempre infructuosa.

Más aún, hay casos en que la demostración del bacilo de Koch es muy difícil o imposible, mientras que las lesiones histológicas permiten un diagnóstico fácil y rápido.

Todavía más: la anatomía patológica ha adquirido confianza en sus afirmaciones, porque el control biológico de las lesiones que ella enseña como características ha sido hecho muchas veces. No es necesario repetirlo todos los días. Por otra parte, la investigación del bacilo de Koch en los tejidos por la coloración no es siempre posible y si fuéramos a negar la tuberculosis porque no encontramos el bacilo, muy pocas veces podríamos ayudar al clínico. Ni valdría la pena, yo creo, hacer preparaciones; más práctico sería, para quien exige ese rigor, inocular al cobayo o cultivar el producto.

Yo me pregunto, para no citar sino dos ejemplos, qué derecho tendríamos para hablar de cáncer si los que exigen esta seguridad para el diagnóstico de tuberculosis exigieran lo mismo para el del cáncer en sus diversas formas; y con qué derecho podríamos afirmar la sífilis terciaria, cuyas lesiones son mucho menos típicas y donde el espiroquete siempre falta.

También me pregunto si se exigen la misma demostración del ba-

cilo para afirmar la tuberculosis ósea o articular, cuando hacen el diagnóstico clínico completado por la radiografía, que aceptan muy a menudo como categórica.

Para terminar: el anatómo-patólogo experimentado no necesita, sino en contadas ocasiones, de la investigación del bacilo de Koch para poder ser serio y científicamente afirmativo. Le basta con la observación de preparados comunes para hacer el diagnóstico al firme con un ínfimo margen de error.

Dr. Nario.—Como no me había inscripto para hacer exposición en la sesión de hoy, voy a decir breves palabras, no queriendo distraer la atención que se dedicará a los trabajos que deben tratarse. Cuando presenté el trabajo que se ha mencionado en ésta y en la anterior sesión, no pensé provocar discusión tan interesante. No participo del rigor ultra científico para establecer ese diagnóstico de tuberculosis. Porque creo que hay dos criterios: el de orden absoluto, si la tuberculosis fuera una enfermedad nueva; pero siendo las lesiones tuberculosas perfectamente conocidas, es suficiente un criterio relativo. Por eso, para nosotros los cirujanos, basta ese criterio relativo. En esa ocasión no hice más que presentar a esta Sociedad un caso de estudio, y por eso me parece que la exigencia en el diagnóstico, que entonces se hizo, fué demasiado. Si bien es cierto que la tuberculosis mamaria es una lesión rara, el hecho de que exista el examen anatómo-patológico, constituye una certidumbre relativa, a la que debemos conformarnos, porque no podemos ir más allá.

---

✓ *Pancreatitis hemorrágica. - Presentación de pieza*

por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

El Dr. Larghero Ibarz, presenta una pieza necrótica de un caso de pancreatitis hemorrágica con estudio histológico de páncreas, duodeno y vías biliares.

---

✓ *Resultado lejano de una osteosíntesis*

Por el Dr. A. FOSSATI

Francisco G., 25 años, soltero, uruguayo, ingresa al Pabellón 16 del Hospital Fermín Ferreira el 20 de Agosto de 1927, procedente del Hospital Pasteur.