

articular. Muestra la cicatrización en los operados del pulmón y de otros órganos; pero donde su rol es más importante, es en las operaciones del abdomen. Todos estamos de acuerdo con esto, pero no procedemos con método ni sabemos aprovechar las enseñanzas de la radiología post-operatoria.

Volvamos al ejemplo de la gastroenterostomía:

Veinte o treinta días después de la operación el cirujano envía el paciente al radiólogo con una esquila que dice: gastroenterostomía, radioscopia de estómago. El radiólogo constata e informa lo siguiente: evacuación rápida por la neoboca, no pasa nada por el píloro. Con esto el cirujano da de alta al paciente y anota en su historia: resultado muy bueno.

Seis meses o un año después se presenta al servicio de rayos X un enfermo con un pedido que dice: radioscopia de estómago, enfermo operado que sigue sufriendo, se desea saber qué operación se le hizo. El radiólogo constata e informa: gastroenterostomía; la neoboca funciona mal, queda un nivel por debajo que tarda en evacuarse, pasa mucho por el píloro, reflujo en el asa aferente u otras cosas parecidas. El primer cirujano no se entera de nada de esto, el segundo cirujano dice que la operación fué mal hecha y hace otra, el radiólogo se lava las manos y el enfermo sigue sufriendo y peregrinando.

Causante de estos males es el sistema rutinario de aislamiento que seguimos, tirando cada uno por su lado, en vez de buscar la colaboración más estrecha que iría perfeccionando nuestros conocimientos y corrigiendo nuestros errores.

Enfermedad de Nicolas y Favre y estenosis rectal

por los Doctores R. PEREYRA y A. VICTORICA

En la penúltima sesión de la Sociedad de Cirugía el Prof. Lamas, como relator de un trabajo de los Drs. Piquineia y Moreau, y el Dr. José May presentaron observaciones de linfogranulomatosis inguinal haciendo al respecto interesantes consideraciones y sosteniendo puntos de vista distintos respecto al tratamiento, defendiendo el Prof. Lamas el tratamiento quirúrgico y el Dr. May el tratamiento médico, agregando el primero en sus conclusiones una nota referente a la anatomía patológica que sería, según el autor, patognomónica de la lesión, permitiendo así individualizar los casos. Lamentando que no se hubiera leído sino las conclusiones del trabajo de los Drs. Piquineia y

Moreau, que me impidieron conocer a fondo los casos a que se referían, hice algunas consideraciones sobre las terapéuticas propuestas y sobre la dificultad del diagnóstico y prometí a la Sociedad de Cirugía traer en la próxima sesión otros casos de otra forma de la enfermedad de Nicolás-Favre que a mi personalmente me interesaban más, me refería a las formas de estenosis rectal linfogranulomatosa, no queriendo prolongar la discusión de tan interesante tema, en homenaje al colega argentino que era nuestro huésped. Pero hoy que estamos de nuevo en familia deseo volver sobre algunos de los puntos planteados, antes de exponer los casos de estenosis rectal.

TRATAMIENTO

Es posible sostener los dos puntos de vista, el quirúrgico y el médico. Pero a la verdad que para una afección de orden general, como está probado que es la linfogranulomatosis benigna, el espíritu se resiste un poco a hacer un tratamiento exclusivamente local. Sin embargo el recurso es eficaz, pues se obtiene la cura clínica en la mayor parte de los casos así tratados. Pero cuánto tiempo se pone para esta clase de cura? Término medio 55 días (Petges), no sé los que ponen los enfermos del Dr. Lamas. Y la casi totalidad de este tiempo impone una inmovilización del enfermo. Además y esto es lo importante, se corren riesgos, el principal de los cuales es el edema persistente de las partes genitales y del miembro inferior, que llega a veces a la forma elefantiásica. Se aconseja para que esto sea menos posible, quitar sólo la masa inicial principal con la piel que le adhiere, respetando los ganglios superficiales que no adhieren a la masa, los ganglios profundos, el de Cloquet y el grupo crural. Algunos autores (Chevalier), agregan la conveniencia de no suturar la herida, que creo es también lo que hace el Prof. Lamas. La terapéutica quirúrgica es preconizada por infinidad de autores, empezando por Nicolás y Favre. Pero ella ha nacido de la ineficacia de los tratamientos médicos que, en el mejor de los casos exigían el doble de tiempo, aún cuando tenían a su favor la no inmovilización del enfermo, que podía seguir atendiendo sus ocupaciones, ventaja nada despreciable. Pero es que el tratamiento médico se ha modificado mucho y hace progresos incesantes. Al mejor empleo de las sales de cobre ha sucedido el uso del cobre coloidal y, últimamente, el empleo del antígeno linfogranulomatoso por vía intravenosa que, en manos de Gay Prieto, da curaciones en quince días con cuatro o cinco inyecciones, y cuya acción parece ser rigurosamente específica, como lo sostiene Gay Prieto. Y digo parece porque no todos los autores están de acuerdo. El antígeno al ser in-

yectado por vía intravenosa produce una fuerte reacción térmica, que tiene de particular que sólo se produce en los enfermos atacados de esta enfermedad y no en los sujetos sanos, lo que parece ser un medio de diagnóstico más sensible aún que la intradermo-reacción, y este empuje térmico se atenúa en forma considerable en las inyecciones sucesivas. Es a este choque intereso que algunos autores atribuyen la cura (Chevalier) y la obtienen en algunos casos con otros productos que no tienen nada de específicos.

No puedo dejar de recordar a este respecto que hace catorce o quince años, cuando mi mayor entusiasmo por la terapéutica coloidal traté precisamente en la propia sala del Prof. Lamas, que en ese momento estaba ausente y no recuerdo porque causa, una adenitis de la ingle sin puerta de entrada visible y que tal vez fuera haciendo diagnóstico retrospectivo un Nicolás-Favre; con inyecciones intravenosas de plata coloidal (alladio), teniendo el enfermo a la primera inyección un chучo tan violento, que no se hubiera dejado inyectar más, pero lo curó en pocos días totalmente. Sea cual sea la explicación creo conveniente insistir en el tratamiento médico y sobre todo ensayar en nuestro medio el antígeno linfogranulomatoso por vía intravenosa.

El otro punto a que quería referirme es el diagnóstico. Si bien hay formas muy claras que reúnen al completo los caracteres clínicos de esta enfermedad, las hay y con frecuencia, formas diferentes que hacen imposible un diagnóstico inmediato, aún por colegas muy avezados a ver adenitis inguinales como el Dr. May. A la forma hoy clásica de grandes ganglios con periadenitis, infiltración subcutánea, adherencias y aberturas en la piel, aspecto particular del pus, poca sensibilidad y repercusión general etc., se han agregado formas que distan totalmente de ésta: formas que no supuran nunca, o que supuran en masa o a pequeños ganglios que permanecen tales crónicamente o formas generalizadas, tomando al mismo tiempo otros grupos ganglionares y como si esto fuera poco aún, las formas asociadas al treponema y sobre todo al Ducrey y a cocus comunes. Por otra parte, hay afecciones que no son debidas al virus linfogranulomatoso y que dan adenitis con caracteres clínicos muy semejantes en particular al chancro blando en su forma crónica y la sífilis. De tal modo es inseguro el diagnóstico, que nosotros nos negamos a aceptar todo diagnóstico positivo de formas incompletas sino han hecho su prueba biológica.

Se da como típica su anatomía patológica. El mismo concepto ha servido para perpetuar errores en infinidad de casos. Fuera de la natural adversión que tengo en aceptar la anatomía patológica como

decisiva en materia de diagnóstico después de lo que hemos visto pasar con la tuberculosis, la sífilis y tantas otras, creo que una entidad clínica se crea con la clínica y el diagnóstico etiológico; la anatomía patológica debe pasar a un plano muy secundario. Y la linfogranulomatosis no escapa a esta consideración. Ninguno de los aspectos descriptos son absolutamente característicos y los mismos sirvieron a Marión y Gandy, en 1901, para poner esta afección a cargo de la tuberculosis. Recientemente, Hellerstrom y Macari relatan observaciones que presentan, como dice Gay Prieto, todos los requisitos científicos exigibles de bubón venéreo a forma estrumosa, con lesiones anatómicas idénticas a las descritas en la linfogranulomatosis. Así, pues, creo indispensable, en el estado actual del asunto, presentar pruebas biológicas. Es precisamente por no haber tenido estas pruebas, que no he presentado hasta hoy a esta Sociedad dos casos de la variedad rectal de esta afección, uno de los cuales fué presentado por mí en el curso anual de vacaciones de gastroenterología en Febrero último como posible Nicolás-Favre, que la reacción de Frei recientemente confirmó. Es a estos casos que me voy a referir.

La historia resumida es la siguiente:

Rafael S., 39 años, oriental. A los 20 años adquirió la sífilis, que trató mal, presentando accidentes secundarios y terciarios, de los que guarda numerosas cicatrices. Hace 18 años tuvo un absceso de la margen izquierda del ano, que se abrió espontáneamente, quedándole una fístula por la cual salía intermitentemente un poco de pus. Hace 7 u 8 años inicia una historia de proctitis, con dos o tres evacuaciones diarias, con tenesmo, pus y sangre en las materias. Estas pérdidas de pus y sangre las tenía también fuera de la defecación y en forma que no se advertía, obligando al enfermo a protegerse. En esa misma época hace un absceso de la margen derecha del ano, que se abre al exterior drenando un pus muy líquido y fistulizándose. Entre esta fístula y la margen del ano aparece una excrescencia de la piel, alargada, paralela a la margen del ano, edematosa e indolora. Esta historia de proctitis se prolonga cuatro o cinco años, abriéndose nuevos abscesos perineales que dejan otras tantas fístulas. Hace cuatro años empieza a no evacuar diariamente, sino en muy poca cantidad, sintiéndose incomodado con fuertes dolores de vientre y viéndose obligado a hacer gran esfuerzo para evacuar y cuando lo conseguía, expulsaba materias finas como un cigarrillo. Durante el curso de su enfermedad se le trató su sífilis y le dieron inyecciones de emetina, que poco modificaron el cuadro. En estas condiciones es visto por nosotros en Noviembre de 1930. Mal estado general, enfermo que sufre mucho, que no puede defecar y pierde pus y sangre por su recto. Al examen presenta numerosas cicatrices estigmas de su sífilis, no hay mucha retensión abdominal, pero presenta su periné como una flor de regadera. Fístulas por todos lados, de las cuales mana un pus fluido, apenas blanquecino; condiloma perianal y un ligero edema del periné, que se extiende un poco hasta las bolsas. Ano entreabierto deja pasar fácilmente el dedo por rajación del esfínter, pero a medida que se avanza el tacto es muy doloroso. Se constata que el canal anal empieza a estrecharse ya cerca del ano y esta estrechez va en aumento hasta alcanzar con la punta del índice el máximo de la estrechez, que admite apenas la punta

de este dedo, y es en forma de virola. En este recorrido se constata una mucosa dura, esclerosada, con columnas salientes. El dedo se retira con pus y sangre. El recto está inmovilizado dentro de una ganga inflamatoria. Las fosas isquio-rectales están duras y edematosas. La rectoscopia revela una mucosa blanquecina, espesada, rígida, llena de saliencias edematosas y sobre la pared posterior una ulceración a bordes duros. Se extrae un trozo y el examen histológico, practicado por el Dr. Larghero, informa: "Revestimiento mucoso pavimentoso con inflamación exudativa linfocitaria del corión. Proceso inflamatorio submucoso escleroso".

Tiene un poco engrosados los ganglios inguinales. Wassermann negativo; orina normal. Urea 0.32. Fecas-parásitos negativo. Se le hace el tratamiento específico, vacuna antiptógena, emetina, etc., que no mejoran su situación. Se ve obligado a tomar constantemente aceite de ricino. Se le hacen cuarenta aplicaciones de diatermia con bujías dilatadoras, que lo mejoran durante tres o cuatro meses, después de los cuales su situación empeora en forma tal, que me obliga a hacerle en Marzo de 1932 un ano ilíaco definitivo, que funciona muy bien y le ha permitido a este pobre enfermo arrastrar su mal mejorando un poco su estado local. Recién este año y gracias a la amabilidad del Dr. May, hemos podido conseguir antígeno de Frei. Practicada la reacción ha resultado francamente positiva, persistiendo durante quince días. La intradermo-reacción de Dmelcos también fué positiva en este enfermo.

La segunda historia es casi reciente.

Carolina C. de M., 45 años, oriental. Sarandí del Yí.

Ingresó el 20 de Junio de 1933. Sus sufrimientos datan de hace 18 años, en que empezó a sufrir de constipación y crisis dolorosas del hipocondrio derecho, por lo que ingresó al Servicio hace diez años, practicándosele una colicistectomía y drenaje del colédoco por litiasis biliar. En ese momento se le hizo un examen de fecas y se constató la existencia de amibas. (La historia no precisa qué clase de amibas). Pasó un año completamente bien, al cabo del cual le sobrevienen dolores abdominales y alternativos de constipación y diarrea: cuatro o cinco días sin mover el vientre seguidos de crisis de diarrea, cinco o seis deposiciones sin sangre acompañadas de malestar y a veces fiebre que dura un día, y vuelta otra vez a la constipación. Para evacuar su vientre tenía que hacer gran esfuerzo y las materias salían finas como un lápiz. La dificultad a la evacuación va en aumento. Aparece pus y sangre y alrededor del ano una serie de tumoraciones indoloras. Es en este estado que re-ingresa. Examen: Abdomen flácido, fácilmente palpable, depresible, indoloro, pero se constata reptación de asas, las que tienden a juntarse alrededor del ombligo haciendo saliencia. En el periné se constata ligero edema del gran labio derecho y alrededor del ano unas tumoraciones lisas que invaden sobre todo la margen derecha, algunas sesiles, otras pediculadas, blandas, indoloras, y que no sangran. Tacto rectal: Esfínter entreabierto, el dedo pasa fácil y penetra en un cono que va cerrándose hacia arriba hasta alcanzar el máximo a seis centímetros del ano, de donde no puede pasar el índice. En el trayecto se constata la existencia de vegetaciones acartonadas que se acercan a medida que el dedo avanza, cerrándole el paso. El dedo trae materias fecales y un poco de sangre. Se extrae un pedazo para biopsia y el Dr. Lasnier informa: "proceso inflamatorio crónico productivo, granulomatoso, linfocitario y exudativo". No hay adenopatía inguinal apreciable. Fecas; Weber positivo, no hay parásitos. Wassermann negativo. Urea 0.21. Intradermo-reacción de Frei con el mismo antígeno que el anterior, positiva; nódulo que se mantiene varios días. Intradermo-reacción de Dmelcos, negativa. Se consigue evacuar bien su vientre con

aceite de ricino y se envía a policlínica gastroenterológica para su tratamiento. La enferma no concurre y es pérdida de vista.

Tengo una tercera historia que, como ustedes verán, es también muy típica, pero a pesar de eso tiene una reacción de Frei negativa con un antígeno distinto del empleado con los otros dos casos. Me propongo repetirlo con un nuevo antígeno.

Matilde S., 35 años, brasilera. Ingresó al Servicio en Junio de 1930 después de haber estado dos años y medio en Germán Segura por una piodermatitis perineal muy rebelde, flujo amarillo abundante, prolapsus uterino y disuria. Su enfermedad empezó hace dos años y medio por flujo amarillo abundante, diarrea y ardor anal. Poco después le aparecían "granos" en la vulva y en el periné, que se abrían al exterior dando pus, el que agregado a la secreción vaginal, irritó e inflamó todo su periné. Se le trató con aplicaciones locales consiguiendo después de tan largo tiempo circunscribir su mal a la zona perianovulvar. Examinada entonces esta enferma, presenta mal estado general, apirética, sufre mucho, su periné está totalmente alterado. Desde el coxis hasta la mitad de la vulva está lleno de cicatrices duras, violetas, brillantes, y de fístulas y producciones condilomatosas que rodean y ocultan el ano y la parte posterior de la vulva, todo lo cual baña en un pus seroso que estanca entre los pliegues. Edema discreto de los grandes labios; para ir en busca del ano hay que separar estas producciones que lo rodean y sangran fácilmente. El espacio anovulvar ha desaparecido, así como la parte más inferior del tabique recto-vaginal. El tacto rectal es dolorosísimo y permite constatar una estrechez marcada desde el orificio anal y una mucosa granulosa, vegetante. Imposible hacer rectoscopia. Prolapsus uterino. Wassermann positivo. Urea 0.37. Presión 11, 5/6. Intervención el 23 de Junio de 1930. Opera el Dr. Navarro y ayuda el Dr. Vázquez. Raquianestesia. Incisión de Mac Burney a izquierda. La exteriorización del asa sigmoide es muy dificultosa, pues está rodeada de membranas y adherencias. Se libera y se aboca el cabo superior a la piel, colocando en su interior un grueso tubo de goma. Cierre de la pared. Se inicia en seguida el tratamiento específico.

Como no drenara nada por su ano ilíaco se le hacen inyecciones de pituitosina sin resultado. El vientre se distiende, la enferma empeora y obliga el 3 de Julio a hacerle un ano cecal que, poco a poco, saca a la enferma del paso. Vista esta enferma estos días, su estado general ha mejorado mucho, el periné también, pero su ano ha desaparecido en medio de las cicatrices y pliegues que lo rodean, así como la orquilla vulvar y el espacio anovulvar. Buscando el ano en medio de estas producciones, sangra mucho y es imposible practicar el tacto rectal. Intradermo-reacción de Dmelcos positiva. Frei negativo.

En resumen, es la historia de tres estrechamientos rectales, un hombre y dos mujeres, y que alcanza su máximo entre cinco y seis centímetros del ano.

El primero tiene en sus antecedentes sífilis segura y presenta fístulas y condilomas perianales, historia de rectitis y por fin su estenosis rectal. Wassermann negativo. Frei y Dmelcos positivos.

La segunda es una ex-litiasis biliar. Alternativas de constipación

diarreas, rectitis, condilomas, estenosis. Sin antecedentes específicos. Wassermann negativo. Frei positivo. Dmelcos negativo.

La tercera tiene sífilis; historia de vulvovaginitis gonocócica. piodermatitis, rectitis, fístulas y condilomas y, por último, estenosis. Wassermann positivo intenso. Dmelcos positivo. Frei negativo.

Los tres presentan, aunque en forma muy discreta, edema del periné; pero en forma muy neta, producciones condilomatosas perianales que los podría hacer entrar dentro del síndrome descrito por Jersild. Ninguno ha presentado adenopatía inguinal supurada, ni precediendo ni siguiendo a la estenosis rectal. Los tres presentan mucosa rectal vegetante y congestiva, que sangra al tacto y es muy dolorosa.

Esos son, pues, los síntomas básicos. Antes caían más o menos englobados en el sífiloma anorrectal. Este diagnóstico debe ser fundamentalmente modificado. En toda estrechez rectal baja debe realizarse la reacción de Frei para ver si se trata de una linfogranulomatosis benigna. Y deberíamos agregar que, como lo han demostrado Bensaude y Lambling, hay conveniencia en hacer extensiva esta investigación no solamente a las rectitis vegetantes, sino también a las inflamatorias simples, y mismo a ciertas anitis y fístulas perianales de las que acostumbramos a clasificar como tuberculosa. Y entonces veremos, no sin sorpresa, que se tratan de variedades de linfogranulomatosis benigna.

La ausencia en nuestros enfermos de una adenopatía inguinal anterior o concomitante con la estenosis rectal, nos hace pensar que la vía seguida no ha sido genital, ganglios inguinales, ganglios ilíacos, ganglios peri-rectales, sino directamente peri-rectales por contaminación rectal en el primer caso (sodomía) y vaginal posterior o rectal en los dos restantes. La reacción de Frei nos permite, pues, darle una interpretación nueva a una serie de afecciones genito-rectales y tal vez otras que antes clasificábamos mal. La famosa rectitis vegetante, proliferante y estenosante, que se atribuía a la sífilis, o a la blenorragia, o al chancro blando, o a la tuberculosis, etc., o a varias de ellas en las que se había dado en llamar rectitis venéreas, se ha aclarado mucho su etiología mostrándonos la reacción de Frei que la gran mayoría son linfogranulomatosis benignas. Y digo la gran mayoría, porque las hay del mismo tipo clínico y con Frei negativo, como parece ser la última historia expuesta. Son éstas las que se pueden seguir cargando aún a cuenta de la sífilis, blenorragia, etc., hasta que otros medios más finos de exploración nos muestren un nuevo camino, sin negar por esto la existencia de esa etiología en algunos casos.