

**NUESTRA EXPERIENCIA EN LA TERAPEUTICA
DEL ANTRAX GRAVE POR
LA EXTIRPACION RADICAL EN "BLOCK"**

Carlos STAJANO

Sesión del 3 de Abril de 1941

Hace 20 años más o menos nuestra conducta frente a un ántrax no tenía para elegir más que un camino. Usábamos corrientemente la incisión crucial generalmente hecha al termo-cauterio y hacíamos el vaciado de la masa purulenta, infiltrada y necrótica. No deseo recordar la evolución generalmente larga de estas curaciones; los repiques infecciosos secundarios de la base de los colgajos y su esfacelo, las supuraciones prolongadas, verdaderas continuaciones del ántrax y las enormes cicatrices residuales como reliquias del proceso inflamatorio. Por otra parte el ántrax, consecuencia de un germen virulento en acción, es en otros casos consecuencia de un medio precario en sus defensas (diabéticos en especial). En algunas otras circunstancias, ambos elementos se conjuran. En algún caso un ántrax viene a ser como la gota de agua que colma una medida; así es como su aparición determina un desequilibrio metabólico grave por la agresión tóxica que se suma en sujetos de nutrición subnormal y en inminencia de trastornos (ántrax diabetógeno). Como contraprueba la extirpación total del foco hiperséptico, normaliza de una hora a otra el trastorno en cuestión. (Ver nuestra casuística): enferma N° de la sala 24, sana anteriormente. Hace un ántrax gravísimo y la tratamos en estado de precoma. Glicosuria alta. La tratamos de extrema urgencia extirpando en "block" su enorme ántrax. Tratamiento general adecuado. Transformación inmediata del estado general desapareciendo la glicosuria a las 48 horas y curación rápida de la enorme pérdida de sustancia, sin deformi-

dades y casi sin cicatriz. No apareció nunca más la glicosuria, a pesar de no hacer ningún régimen especial.

En el correr del tiempo numerosos y variados tratamientos fueron aconsejados por los prácticos de la cirugía, en la estafilococia cutánea.

El tratamiento general, útil en las otras formas de esta infección de piel, es prácticamente inútil en el ántrax grave, por cuanto vemos en general tardíamente a estos enfermos, ya en plena evolución y es urgente en general y hasta de extrema urgencia en algunos casos, el suprimir la fuente tóxica en "block", sin poder esperar que la defensa general activada por vacunas o sueros dé su beneficio. Vacunas de todos los tipos: auto o "stock" o la anatoxina, último elemento biológico del arsenal, nada pueden. Sólo la acción quirúrgica radicalísima modifica en forma clara la situación. La vacunación local arma noble en otras formas de la infección cutánea nada puede frente al ántrax evolucionado. De la misma ineficacia es el tratamiento por los bacteriófagos que usamos con provecho en otras manifestaciones cutáneas de la estafilococia. Deseo decir dos palabras del beneficioso y eficaz viejo medicamento contra el estafilococo: el *sulfato de cobre amoniacal al 4 %* por vía venosa. Recurso quimioterápico de primer orden, no para curar el ántrax que no es curado con ningún medicamento general ni local, sino para combatir y curar ese microbismo latente del estafilococo rebelde y pronto en sus nidos para dar sus recidivas características, porfiadas y a veces interminables.

En el mismo sentido el práctico puede recurrir a la proteíno-terapia indiferente, a la cual el estafilococo responde en otras de sus manifestaciones. Diremos dos palabras del sulfatiazol — último remedio del arsenal. Sin experiencia mayor — podemos adelantar que su acción es notable, y posiblemente es el agente quimioterápico más poderoso que conocemos contra el estafilococo. Un ántrax incipiente del labio superior fué abortado en el curso de la publicación de este trabajo por el sulfatiazol. Como vemos, el arsenal es numeroso, pero nosotros no lo utilizamos en los casos ya evolucionados.

Los que cuentan con su efecto, perderán de sus manos a muchos enfermos por la gravedad intrínseca del mal, o por sus complicaciones generales, infecciosas, metabólicas, etc.

Hemos visto utilizar por algunos de nuestros asistentes el tratamiento local del alcohol permanente (varios casos). No nos ha convencido; es largo; los dolores que inmovilizan al enfermo y el insomnio consiguiente, persisten durante el tiempo que el alcohol demora en modificar los tejidos. La eliminación de la necrosis cutánea y la supuración de la celulitis de la base del ántrax, hacen torturante este tratamiento. La persistencia del foso sigue impregnando el estado general, siendo por consiguiente un mal procedimiento en ciertos casos especiales de gran intoxicación. Tratamiento que fué consentido temporariamente en nuestro servicio a pedido de nuestro asistente el Dr. H. Suárez y que contribuyó a darnos experiencia confirmatoria del tratamiento radical y lógico que utilizamos desde hace 20 años y que sin excepción aplicamos en el Hospital Italiano en todos los ántrax que hubimos de tratar. Ultimamente se pregona el resultado favorable del oxígeno a presión en la superficie del ántrax. Sin prejuzgar sobre él, por no tener experiencia, omitimos juicio. En el mismo sentido la fisioterapia con la onda corta nada puede contra el ántrax constituído — que como las piezas de extirpación nos lo muestran en su detalle histológico — no permiten a nadie afirmar su acción benéfica. La supuración maciva y la necrosis es la característica del ántrax evolucionado, y los tejidos siderados y muertos en plena infección, no pueden revivir y se eliminan espontáneamente, o bien el cirujano lo hace de primera intención.

El ántrax debe ser extirpado en “block”. — Utilizamos anestesia general. Al principio utilizábamos el éter en anestesia rápida. Hace ya varios años utilizamos el Evipán sódico en dosis insignificantes. Usamos en general $\frac{1}{10}$ ó $\frac{2}{10}$ de la dosis de la ampolla de un gramo y a veces con 2 c.c. de la solución que en total no son sino 0 gr. 20, obtenemos una anestesia suficiente para proceder con rapidez (a lo sumo no demoramos más de 3 ó 4 minutos).

La extirpación no debe ser limitada por ningún motivo, ni en profundidad ni en extensión. La sección, debe ser practicada con bisturí eléctrico o con el cuchillo diatérmico en la periferia y en pleno tejido sano. No debe colocarse pinza ni ligadura en la amplia superficie residual. La hemostasis debe ser por electrocoagulación y no por la pinza hemostática que impone un trauma-

tismo y una ligadura. La curación plana de la brecha será tratada con los recursos habituales y entonces podrá utilizarse con éxito la medicación general complementaria, antes mencionada, si el cirujano lo desea o encuentra indicación. La inmovilización es de rigor — pero no hemos recurrido al yeso —. El enfermo por defensa propia no moviliza la región. El dolor cesa de inmediato.

Es digno de destacarse la particular modalidad de la reparación de estas enormes brechas: la granulación activísima no bien queda suprimido el “block” séptico, rellena prontamente la profunda pérdida de sustancia.

En esta fase ya aséptica de la herida hacemos curas cada dos o tres días con Ambrine, siendo frondosa la reparación.

Terminado el relleno conjuntivo del hueco, el diafragma epitelial de la piel se cierra progresivamente y al final queda una ínfima cicatriz blanda y elástica, que no permite siquiera sospechar la enorme pérdida de sustancia que la precedió.

Casuística del Hospital Italiano, del Hospital Español, Hospital Pasteur y particular, fundamentan esta experiencia que aconsejamos al práctico como la más eficaz y más segura; la más humana y rápida y la que da la reparación más perfecta sin la reliquia fibrosa y a veces deformante de una mala cicatriz” (1).

RESUMEN DE LA CASUÍSTICA DETALLADA

Alcohol. —

- 250 Diabética con pequeño ántrax lumbar. D. Ev. bien.
 - 131 Gran ántrax espalda. Ev. bien.
 - 729 — Antrax región tenar. Ev. bien.
 - 373 Antrax nuca. Vieja. Glomerulonefritis aguda. Ev. bien.
 - 274 — Pequeño ántrax nuca. Ev. bien.
- 5 casos (curaciones).

Incisión crucial. —

- 678 bis Curado. Ev. bien.
 - 18 — Gran ántrax nuca. Curado. Ev. bien.
 - 86 — Septicemia sobreaguda y fallece 6º día.
 - 226 Diabética que se agravó y fallece 9º día.
 - 382 — Pequeño ántrax región lumbar. Ev. bien.
- 5 casos (2 muertes):

(1) Se publicará “in extenso” en el Libro de Oro del Profesor Alfonso Lamas, la casuística y la documentación gráfica de este trabajo, así como la contribución anatomo - patológica del Bller. Scandroglío.

Tratamiento radical en ántrax graves y extensos. —

Hospital Pasteur: 3 casos.

Hospital Español: 2 casos.

Hospital Italiano: 3 observaciones (Aicardi).

Hospital Italiano: 3 observaciones (Sanguinetti).

Hospital Pereyra Rossell: 1 observación.

Sanatorio particular: 6 observaciones.

18 casos (curaciones).

Antrax del labio superior.

Expectación rigurosa, curación al aire libre, evolución espontánea, no se tocó para nada.

Hospital Italiano (Sala Sanguinetti): Pulverización con agua oxigenada como única conducta. Evolución en 20 días. Curación.

Hospital Pasteur: Proceso antracoide del labio superior en evolución. Con gran edema. Única medicación. Sulfatiazol a dosis máxima. En cuatro días regresión total del edema y desaparición del proceso inflamatorio. 2 casos.

DISCUSION

Dr. Fossati. — Mi tendencia es profundamente conservadora: tratamiento local simple, aplicaciones antisépticas calientes o pulverizaciones de agua oxigenada o ácido fénico al 5 %, etc. y tratamiento general con alcohol por ingestión, antes propidón a dosis suficiente, 4 c. c. por vez, y desde la aparición de la sulfanilamida, con este medicamento. Doy gran importancia a la inmovilización, recurriendo al yeso si es necesario.

He obtenido resultados satisfactorios semejantes a los de los demás sobre todo desde el uso de la sulfanilamida, lo que me inclina a permanecer fiel a este método.

Creo que el factor agravante son las taras de sujeto sobre todo la diabetes y la nefritis, las que deben combatirse paralelamente con la lesión local.

Sólo intervenimos y con pequeña incisión de descarga y drenaje, cuando las lesiones están estabilizadas y para ayudar al organismo a eliminar los restos de esfacelo y supuración retenidos. Creemos que, al intervenir, nos parecería más lógico la extirpación amplia y total que las incisiones parciales, dado que la gran circulación que acompaña estos procesos puede ser causa de generalizaciones y septicemias por abertura de vasos.

Desearía saber en qué momento el doctor Stajano va a la extirpación radical y si ese método lo utiliza sistemáticamente en todos los casos.

Dr. Soto Blanco. — Es menester distinguir el ántrax trivial en un sujeto sano del ántrax grave por sí mismo, por su extensión y por el estado general, tarado y en declinación.

Cree razonable y está de acuerdo con lo sustentado por el Dr. Stajano. Le pregunta dónde incide, ¿por fuera del ántrax en tejido sano, o en pleno borde de la lesión? Por otra parte el Dr. Stajano, la extirpación radical la ha hecho en ántrax de la región de la nuca, del dorso, región lumbar, donde el poder de reparación es enorme. ¿Cómo procedería en otras partes, anatómicamente distintas? (mano, brazo, antebrazo, etc.).

Dr. Nario. — Está de acuerdo en la diferencia que el comunicante hace sobre los grandes tipos clínicos de ántrax. Así como también en lo que se relaciona con la situación del clínico frente a un ántrax en un enfermo de la nutrición. Destaca: a) el ántrax diabetógeno, como el caso presentado por el comunicante, de las b) diabetes graves con ántrax. En ambos casos el ántrax en su evolución toxi-infecciosa conspira contra el estado general que se agrava sin remisión, mientras persista la fuente de agresión. En esta circunstancia hay que operar, y hay que operar bien sabiendo lo que se hace. Hace la incisión crucial y llega en su disección de los colgajos hasta donde debe. Hace su disección con bisturí corriente. Inmoviliza luego a su enfermo.

Dr. Stajano. — Al doctor Fossati contesta: en general cuando se le presenta un ántrax grave, procede sin dilación a la extirpación del "monoblock". Esperar lo considera más azaroso que intervenir. Se refiere al ántrax grave, ya evolucionado. En cuanto a los pequeños ántrax, triviales, en sujetos sin taras, ha recurrido como se ve en casuística a cualquier medio, a la espectación, a la quimioterapia, al tratamiento por el alcohol, etc., por ser indiferente y eficaz en general, cualquier conducta. No es sistemático y sólo el criterio clínico orienta su terapéutica en cada caso. Es un entusiasta y sus colaboradores se han plegado por convicción a las excelencias del tratamiento radical en los casos graves, de acuerdo a la técnica aconsejada, no temiendo ser extensos en la más o menos grande extirpación.

Al Dr. Soto Blanco. — Contesta afirmativamente que la sección la hace por fuera del ántrax en pretendido tejido sano. En

uno de los casos (Srta. N. N.) la enorme extirpación la hizo limitar en cierto punto la extensión del corte, seccionando un tejido infiltrado. Se hizo un repique del ántrax y se hubo de proceder a la reextirpación en esa zona. Desde entonces me alejo periféricamente. En segundo término se aleja de la zona periférica en general tromboflebítica. (Ver las piezas elocuentes de anatomía patológica). Por otra parte contesta que he procedido del mismo modo, en ántrax del dorso de la mano, de antebrazo, de la región infraumbilical en un enorme ántrax recidivante de la misma región y la reparación se ha hecho en forma admirable. Un profesor alemán aconseja hacer la extirpación del ántrax del labio superior. Por su parte no se ha atrevido ni a rozar a esta peligrosa localización. En esos casos los ha contemplado y la expectación rigurosa ha sido su norma. Es la única localización que ha respetado.

Al Dr. Nario: Vemos con el Dr. Nario exactamente en la misma forma, el problema pronóstico de estos casos. Con pesar expreso que no veo con simpatía el proceder quirúrgico de la incisión crucial, la disección de los colgajos y la extirpación hasta el límite correcto de la zona necrótica purulenta. No es así una operación de dos o tres minutos, requiere una anestesia más larga. Indudablemente es una operación más cruenta y más traumatizante. Tengo la impresión que la diseminación y la movilización de los trombos venosos por la hemorragia y el pinzamiento fatal de los vasos se hace más peligrosa con esta conducta que con la extirpación radical en "block" que es al mismo tiempo hemostática y limitante de la propagación por la barrera circundante de electro coagulación. Aconsejo con convicción en los casos que se consideren más graves el procedimiento de la extirpación radical con carácter de indicación urgente y sin ninguna dilación, con todo el margen de tolerancia, hasta la inacción expectante en los casos más benignos.