

con rebeldía a la medicación usual. Esto, unido al dato epidemiológico de haber tomado queso de cabra y existir en esta zona bastantes casos de esta enfermedad, nos movió a hacerle una aglutinación (laboratorio Serviá), que dió resultado positivo al melitensis al 1 por 1.000.

Tratamos durante el brote febril con choques de Clibazol y arsenicales; éstos por vía parenteral. Y en los intervalos pusimos vacuna por vía intramuscular.

Esta medicación, reforzada con tónicos vasculares, digitálicos, vitaminas C y complejo B, extractos hepáticos, etc.

El proceso se modifica muy poco, y en vista de ello suspendemos toda la citada medicación para dar paso al tratamiento de estreptomicina y sulfadiazina, en la forma que diremos al final.

Segundo caso.—I. O. P., de cincuenta y siete años, casada, esposa del enfermo anterior.

Antecedentes familiares y personales, carecen de interés.

Enfermedad actual.—Ya enfermo su marido, presenta fiebre remitente, con sudores acentuados y malestar general. Por exploración física no encontramos datos de algún valor e investigamos brucelosis, que nos aglutina al 1 por 500 (laboratorio Serviá).

El tratamiento que instituimos es gnálogo al de su marido, e igualmente sigue el proceso, sin modificarse, después de más de un mes de medicación.

PAUTA SEGUIDA.

Con estos antecedentes de rebeldía a la medicación, y con una diferencia de días en comen-

zar la asociación estreptomicina y sulfadiazina, en el primero de los enfermos empezamos también antes, y, en ambos, empleamos la siguiente pauta: durante diez días seguidos administramos estreptomicina a la dosis de 2 gr. diarios en inyección cada seis horas, y simultáneamente damos sulfadiazina en tomas de 1 gr. cada cuatro horas durante los siete primeros días, y de 0,5 gr. los tres días restantes, que completan los diez de tratamiento.

Tanto el uno como el otro enfermo respondieron muy favorablemente, encontrándose sin fiebre antes de finalizar los días de tratamiento, y así continúan en la actualidad, después de más de mes y medio que hace les dimos de alta.

RESUMEN.

En vista de lo anterior expuesto, muy en resumen, hemos de terminar haciendo resaltar el muy favorable resultado del tratamiento de la brucelosis humana con la asociación de estreptomicina y sulfadiazina, el cual creemos es el mejor, y quizás único, en eficacia para combatir esta enfermedad, que tantas inquietudes respecto al tratamiento de la misma teníamos hasta la fecha.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

LAS HEMORROIDES Y SUS INDICACIONES TERAPEUTICAS

M. A. CASAL

Director del Instituto de Patología de Buenos Aires.

Las hemorroides son dilataciones varicosas de una o varias venas hemorroidales. El proceso anatomo-patológico que permite estas dilataciones es una degeneración de las paredes venosas, que puede conducir a trombosis localizadas, a estados inflamatorios con roturas vasculares y llegar, si el proceso es muy intenso, a ulceraciones y aun hasta la necrosis.

La frecuencia de esta enfermedad es muy grande; de ahí se desprende su interés. En la Clínica Mayo han observado que el 52 por 100 de los examinados proctológicamente presentan paquetes hemorroidarios.

Con la etiología comienzan las dificultades, que nacen de la diversidad de criterios que imperan al respecto.

Se ha hablado de causas neurotóxicas de origen alérgico; es evidente su relación; sin embargo, presentan hemorroides pacientes que no tienen ninguna manifestación de esta índole. A pesar de ello, no hay duda de la importancia de la acción desencadenante de crisis congestivas producida por ciertos ali-

mentos. Y, en efecto, la clínica confirma que esas manifestaciones son de tipo alérgico por la anarquía de sus síntomas y porque, con una dieta de evacuación suave y atóxica, se produce una desintoxicación alimenticia y bacteriana, que se traduce en alivio por descongestión rectal.

También se han mencionado las condiciones anatómicas, atribuyendo la aparición del proceso a la doble circulación venosa del recto y ano, y a la falta de válvulas en las ramas de la hemoroidal superior.

Se ha hablado y se habla de la relación existente entre constipación y hemorroides. Es indudable que guardan gran relación, pero es curioso entonces observar que los hemorroidarios no son muy frecuentes de los quince a los treinta años, y, sin embargo, es muy grande el número de constipados entre esas edades.

La herencia hemorroidaria ocupa un papel de importancia, pero se encuentran comúnmente familias donde algunos miembros de las mismas padecen y otros no, como si existiera mayor vinculación con el género de vida que con la herencia.

Especialistas de prestigio no se ponen de acuerdo sobre las causas etiológicas. Así BACON le asigna gran importancia a la vida sedentaria, mientras BUIE, de la Clínica Mayo, no le atribuye ninguna.

No cabe duda que es necesario un fondo constitucional, sobre el cual actuarán, aislada o conjuntamente, los factores que acabamos de señalar y

otros muchos más, para que se formen los paquetes hemorroidales.

Pero esto no basta, es imprescindible sustentar un criterio etiopatogénico, apoyado en la observación de los fenómenos fisiopatológicos intestinales, para luego adoptar una conducta terapéutica que habrá surgido de este modo de la fisiología y patología intestinal, y no de teorías doctrinarias que carecen de todo fundamento.

* * *

Las hemorroides pueden ser la expresión de una alteración local, es decir, ser idiopáticas, pero pueden ser y lo son frecuentemente el exponente de trastornos funcionales intestinales y hepáticos, de trastornos tóxicos (colitis y rectocolitis) y de trastornos infecciosos, agregados al sistema vascular del recto inferior.

Surge de este modo un nuevo criterio sobre las hemorroides; dejan de ser una entidad nosológica, para convertirse en el síntoma de una fisiología intestinal alterada por distintos factores, o por lo menos, de formar parte de una entidad compleja, en la que hemorroides y alteraciones intestinales forman un todo. Es decir, que el paciente ha dejado de tener hemorroides y se ha convertido en un hemorroidario, en el que esos paquetes hemorroidales constituyen un síntoma, quizás el más molesto, pero no el más importante.

Si bien es cierto que las alteraciones funcionales tóxicas e infecciosas dan lugar a la aparición de la afección mencionada, ésta, por su simple presencia, agrava la comprometida fisiología intestinal, aumentando las causas de su origen, cerrando de esta forma un círculo patogénico.

No escapará a nadie la necesidad de estudiar e interpretar cuidadosamente los distintos trastornos a que nos hemos referido para dirigir luego un tratamiento que modificará al enfermo y no una de sus manifestaciones.

A) TRASTORNOS FUNCIONALES Y TÓXICOS.

De la misma forma que las fisuras de ano, originadas por la constipación, son agravadas por el mismo estreñimiento que producen, por el intenso espasmo existente y el miedo a defecar con agudos dolores, hay otras lesiones del ano que, por su influencia en la regulación vagosimpática intestinal, van frenando el peristaltismo normal, creando de este modo nuevos factores patogénicos que actuarán como agravantes de la lesión anal inicial.

Esto es lo que ocurre con las hemorroides producidas por trastornos viscerales (constipación, dispepsias, etc.); al crecer, van creando nuevos reflejos sinérgicos, que aumentarán esos mismos trastornos que les dieron origen.

Igualmente, gran cantidad de pacientes postergan el acto defecatorio para cada dos días, o prefieren hacerlo de noche. Esto ocurre por las molestias post-defecatorias motivadas por la congestión venosa rectal, y si lo hacen por la noche descansan luego, calmando de esta forma esa congestión y el edema consiguiente.

Esta constipación provocada aumenta los fenómenos tóxicos locales y generales, acentuando el estasis linfático, que alcanzará a otros segmentos intestinales, produciendo colitis con timpanismos, edemas, pruritos, etc.

Así es que esas alteraciones funcionales y tóxicas,

que al frenar la libre circulación venosa y linfática rectal producen la aparición de hemorroides, son agravadas por la presencia de estas mismas.

B) TRASTORNOS INFECCIOSOS.

Con respecto a los trastornos infecciosos, conviene saber que si al comienzo los paquetes hemorroidarios son asépticos, no tardan en infectarse, y esta infección es propagada por corrientes linfáticas a otros lugares del aparato digestivo, restándole al individuo inmunidad y defensas. Es relativamente frecuente observar a los viejos hemorroidarios que no han cuidado su recto y han infectado sus paquetes, presentando focos colíticos, apendiculares y a veces hasta vesiculares, urinarios o artríticos, convirtiéndose en sujetos infectados, agravando de esta forma sus mismas hemorroides.

Es importante tener este concepto de infección, pues obligará a efectuar la cirugía del drenaje libre, con extirpación de mariscos vecinos o con incisiones cutáneas radiadas sobre la piel del esfínter.

Otras veces, esos procesos infecciosos trastornan esferas vagosimpáticas mayores, determinando alteraciones urinarias, cistitis, polaquiurias, poluciones nocturnas, impotencias y otros trastornos alejados, que desaparecerán al curar la espina irritativa hemorroidal.

* * *

Dejando de lado momentáneamente los dos grupos de alteraciones intestinales, intentaremos una clasificación patogénica de la enfermedad que nos ocupa.

Se debe considerar a las hemorroides como formaciones angiomas, con caracteres inflamatorios, producidas en el fondo perineal del recto, por encima del repliegue de las válvulas semilunares, que luego penetrarán por el canal y se harán prolaptables primero e incontinentes después, por un mecanismo parecido al herniario.

Sucede lo mismo que cuando para una estrechez uretral se coloca una sonda permanente. Ahí, por un mecanismo de fatiga, sobreviene una parálisis simpática, que trae aparejada una dilatación vascular, con su congestión y edema correspondiente, y esta congestión y edema es lo que ablanda y relaja las estrecheces por fusión del tejido conjuntivo y de sus fibras elásticas.

En las hemorroides, por un mecanismo análogo, el edema de la rectitis inicial reblandece el tejido conjuntivo elástico y muscular de la túnica media y adventicia de las venas, produciendo las dilataciones varicosas. Estas formas angiomas hipertróficas actúan luego como puntas de hernia, venciendo lentamente al esfínter del ano, penetrando y saliendo por el canal. Y las hemorragias no son sino el exponente de la fragilidad inflamatoria de la mucosa, sobre la que actúa el traumatismo diario del pasaje de las materias fecales.

Clasificaremos de acuerdo a lo dicho las hemorroides en:

1.º Hemorroides internas, retenidas o contenidas.

(Contenidas por la elasticidad natural de los tejidos y la tonicidad normal del esfínter.)

2.º Hemorroides distendidas o prolapsables.

En éstas se ha producido la distensión anormal de los tejidos de sus pedículos, pero conservan las ve-

nas su contractura normal y el esfínter mantiene su control neuromuscular. Son las hemorroides que se prolapsan por el canal anal en la defecación, pero que se reducen espontáneamente.

3.º Hemorroides incontinentes.

Son las que ya no conservan contractura venosa ni capilar y además han vencido el control neuromuscular esfinteriano. Se prolapsan durante la marcha y no se reducen espontáneamente, necesitando un reposo más o menos prolongado y la ayuda de maniobras de taxis.

* * *

Se oye con frecuencia que se deben aplicar las distintas conductas terapéuticas, tratamiento médico, esclerosante o quirúrgico, de acuerdo a los tres grados patogénicos de nuestra clasificación. Esto, cuando los médicos no estén enrolados en uno de los campos que existen al respecto: el de los que operan todas las hemorroides y el de los que esclerosan sistemáticamente.

Creemos que se debe usar distinta conducta, no de acuerdo a los grados patogénicos, sino de acuerdo al conocimiento de la fisiopatología hemoroidal y del lugar que ocupan en un enfermo que se ha convertido en un hemorroidario.

* * *

Muchos enfermos que concurren a la consulta por rectitis congestiva y que presentan efectivamente dos o tres paquetes hemorroidales internos, pequeños, se curarán, clínicamente, con tratamiento médico exclusivo.

Se deberá prescribir un régimen adecuado, indicar una higiene diaria apropiada, ejercicio, o por lo menos marchas que pongan en movimiento los músculos abdominales y el diafragma, para activar los movimientos intestinales, desintoxicando de esta forma al intestino de factores determinantes de rectitis y congestiones pélvianas.

Al lado de esto, indicar reglas higiénicas con respecto al acto defecatorio, modificar la constipación con laxantes suaves, vaselinas, etc. Y, localmente, supositorios con dermatol, protargol, con el agregado de belladona, tanino, adrenalina o cocaína, según los casos.

Al cabo de un tiempo el enfermo, probablemente, se encuentre bien, la rectitis habrá desaparecido y con ella las manifestaciones que motivaron la consulta.

Si estas indicaciones no corrigen ese estado local, o si el enfermo concurre al especialista con un grado patogénico más avanzado de su enfermedad, será necesario saber, en primer lugar, si se trata de paquetes idiopáticos, es decir, si son la expresión de una alteración puramente local, o si son la manifestación de alteraciones funcionales, tóxicas e infecciosas intestinales. En el primer caso, con la esclerosis o extirpación de los paquetes, desaparecerá la enfermedad. Pero si se trata de un hemorroidario, el médico no debe dejarse llevar por el éxito momentáneo de la cura local, pues la recidiva será inevitable.

La regulación de la fisiología intestinal, la supresión de las causas tóxicas y la extirpación de los focos infecciosos son la única garantía de una curación permanente.

Para ello es necesario interpretar los trastornos funcionales y tóxicos y los fenómenos infecciosos e

indicar con este criterio una terapéutica adecuada.

A) *Los trastornos funcionales y tóxicos.*—Son, entre otros funcionales, la pereza intestinal, el estreñimiento, las evacuaciones incompletas y a veces el prolapo simple hemorroidario; tóxicos: hepatismos, timpanismos, colitis, desequilibrios entre la presión arterial y portal, edemas tóxicos rectales e intestinales, pruritos, ardores, etc.

B) *Los trastornos infecciosos.*—Son, entre otros, las hemorragias por infección de las paredes vasculares y labilidad de las mismas, trombosis, inflamaciones, abscesos, criptitis, papilitis, mariscos, etc.

A distancia, colitis, tiflitis, reumatismos, etc.

* * *

Se indicará la terapéutica según los grupos de trastornos que presenten, y de ninguna manera sobre los distintos grados patogénicos, retenidas, prolaptables e incontinentes.

Los hemorroidarios que presenten trastornos del grupo A (funcionales y tóxicos) tienen hemorroides frías y son tributarias de *tratamiento esclerosante*, corrigiendo luego el funcionamiento intestinal médica mente. Y son del dominio del tratamiento esclerosante en cualquiera de sus tres grados patogénicos.

Los hemorroidarios del grupo B (hemoroides infectadas o complicadas) son los que tienen un pasado infeccioso que se lee fácilmente en el ano, pequeños mariscos cutáneos que son bolsas flácidas o pequeñas orejuelas cutáneas, complicaciones o accidentes muchas veces silenciosos, otras ruidosos, con violentos dolores.

Se observan también en estos enfermos paquetes hemorroidales en cualquier grado patogénico, fácilmente sangrantes con rectitis congestiva comitante, con criptitis, papilitis, trombos organizados, zonas de esclerosis, etc.; en fin, todo lo que indica una historia de pequeños o grandes accidentes infecciosos.

Este grupo es tributario del *tratamiento quirúrgico*.

Es necesario saber buscar las secuelas de infecciones pasadas, porque si nos equivocamos y esclerosamos rectos que tienen mariscos fijos o móviles, éstos actuarán como tractores y fijarán anormalmente los paquetes, exponiendo al enfermo a reagudizaciones y a prolongar los fenómenos funcionales tóxicos e infecciosos, porque le resultará imposible recobrar la fisiología normal.

Conviene hacer notar que, en la práctica, los hemorroidarios del grupo A, cuando tienen hemorroides incontinentes, la mayoría de las veces a éstas se agregan fenómenos infecciosos, producidos por el permanente roce con la ropa. Además, se añaden fenómenos de espasmo y esclerosis del esfínter. En estas circunstancias no deben ser esclerosados, sino intervenidos quirúrgicamente, pues con la inyección esclerosante se agregarían nuevos factores de esclerosis al esfínter y se ajustaría más el freno nervioso del peristaltismo normal, acentuando la constipación con sus manifestaciones funcionales correspondientes.

Resumen, todos los episodios agudos que no calman con astringentes y que por el intenso edema existente tienen la característica de estrangulados, siendo en realidad simples hemorroides trombóticas, difusas e infectadas, son *quirúrgicos*.

Todos los episodios agudos de trombos pequeños o grandes, cutáneos o mucosos acompañados de intenso dolor, son *quirúrgicos*.

Todos los procesos con complicaciones agudas, abscesos, hemorragias que no ceden, etc., son casos *quirúrgicos*.

Todas las hemorroides externas (que no hemos contemplado en nuestra clasificación), son *quirúrgicas*.

Todas las hemorroides con fenómenos locales, mariscos no desplegables y no deslizables dentro del canal anal, son *quirúrgicas*.

Todos los años con alteraciones de infecciones pasadas, cicatrices de abscesos, fistulas, mariscos, condilomas, orejuelas cutáneas, esclerosis del esfínter, fisuras, criptitis, papilitis o esfínteres incontinentes, son casos *quirúrgicos*.

Las hemorroides simples, sin complicaciones, frias, sin fenómenos infecciosos o con trastornos funcionales y tóxicos susceptibles de modificación, son del dominio de las *inyecciones esclerosantes*, cualquiera que sea su número y cualquiera que sea su grado patogénico.

* * *

Tomando la estadística que arroja el estudio efectuado sobre los últimos 300 enfermos revisados endoscópicamente en el Instituto Nacional de Gastroenterología (turno vespertino), se observa que presentan hemorroides 140 (simples y complicadas), es decir, un promedio de 46,6 por 100, promedio apenas más bajo que el registrado en la Clínica Mayo.

Sobre la primera mitad de estos enfermos (excepción hecha de los casos quirúrgicos), practicamos inyecciones de quinina y urea al 6 por 100 en solución acuosa, efectuando una o dos por vez, cada siete días. Era necesario alrededor de 7 u 8 sesiones

y un intervalo de tiempo, término medio de dos meses, para llegar a la curación.

Con la intención de disminuir el tiempo de tratamiento y lograr una esclerosis más intensa y persistente, hemos agregado un nuevo factor a la quinina y urea: el alcohol. Los resultados con este nuevo elemento, efectuado sobre la segunda mitad de los enfermos de nuestra estadística, son los siguientes: el término medio de sesiones esclerosantes ha disminuido a 5, exactamente a 4 y fracción, y, por consiguiente, el tiempo del tratamiento ha disminuido a un mes.

El alcohol usado es puro, de 98 grados, a razón de 5 gotas cada tres centímetros cúbicos de quinina y urea, debiéndose observar las reacciones tisulares atentamente, para aumentar o disminuir la dosis de alcohol o agregar ácido ascórbico (vitamina C), en el caso que la mucosa muestre tendencia a escrificarse.

Habitualmente se observa que ya, a las cuarenta y ocho horas, la masa hemoroidal presenta un color pálido, con menos edema en los tejidos vecinos, por efecto del alcohol, que al actuar como factor neurolítico impide las modificaciones vasomotoras reaccionales que se traducen en edema inflamatorio, y, por otra parte, acelera el proceso de fibrosis favoreciendo la retracción conjuntiva y la obliteración vascular, para llegar rápidamente a la esclerosis definitiva del paquete hemoroidal.

Consideramos que estos resultados no son definitivos; serán los resultados alejados, las recidivas, con la necesidad de nuevas sesiones esclerosantes lo que modificará quizás nuestro criterio, pero mientras tanto, corrigiendo y mejorando continuamente la técnica, seguiremos esclerosando las hemorroides frias.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Ácido nicotínico en las alteraciones electrocardiográficas de la tifoidea.—Aunque la sintomatología cardiaca en la tifoidea no es frecuente, el estudio electrocardiográfico revela alteraciones en un gran número de casos. RACHMILEWITZ y BRAUN ("Am. Heart J.", 36, 284, 1948) revisan la literatura existente sobre el problema y comunican sus hallazgos en 50 casos, 35 de los cuales tenían alteraciones electrocardiográficas, siendo la más frecuente la modificación de la onda T (aplanamiento o difasismo en todas o un gran número de derivaciones). Las alteraciones electrocardiográficas aparecieron en las fases finales de la enfermedad, en 28 casos después de la defervescencia. Su comienzo al tiempo que se manifiestan otros síntomas de carencia vitamínica del grupo B y su semejanza con las descritas en la falta de niacina, indujeron a los autores al tratamiento con esta vitamina. Se emplearon dosis diarias de 300 a 600 mgr. y se obtuvo una rápida desaparición de las anomalías del registro eléctrico. Los autores, los cuales han seguido también la eliminación urinaria de niacina, se creen autorizados para afirmar que los signos electrocardiográficos de la tifoidea son debidos a una carencia secundaria en nicotínico.

Bencedrina y dexedrina en la epilepsia.—Con la fenilhidantoína se demostró que la acción sedante no era necesaria para la terapéutica antiepiléptica. Las drogas simpatomiméticas han sido empleadas algunas veces para contrarrestar los efectos depresores y sedantes de los barbitúricos en enfermos epilépticos. LIVINGSTON, KAJDI y BRIDGE ("J. Pediat.", 32, 490, 1948) trajeron a dos muchachos que presentaban ataques convulsivos y accesos de petit mal, al mismo tiempo que una hipotensión postural, con sulfato de bencedrina, y observaron una mejoría de la epilepsia, especialmente de los accesos de petit mal. A partir de esta observación casual, han estudiado 85 enfermos, 51 con epilepsia idiopática y 34 con epilepsia sintomática. En los enfermos se empleó una dosis diaria de 5 a 45 mgr. de sulfato de bencedrina (5 a 10 mgr. diarios en los menores de seis años) o de 2,5 a 15 mgr. diarios de sulfato de dexedrina (en los menores de seis años no se pasó de 5 mgr. al día). La duración media del tratamiento fué de dieciocho meses, aunque en la casuística oscilan los tratamientos entre dos meses y cinco años. Los resultados son bastante alentadores, especialmente en lo que se refiere al petit mal. Tomados en conjunto, los ataques cesaron en el 38