

y otro, muy diferentes según las circunstancias que dependen de la naturaleza de la afección.

(Trabajo del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Porto).

RESUME

Contribution a l'étude de l'ostéochondrite déformante infantile, grâce a deux cas très intéressants et bien documentés.

Les Auteurs pensent que cette maladie est une affection autonome, très différente de la subluxation congénitale avec laquelle CALOT prétend la confondre.

SUMMARY

A contribution to the study of the infantile osteochondritis deformans reporting two interesting and well detailed cases. The authors believe that the disease is an autonomous infection, quite distinct from the congenital subluxation with which CALOT tries to confound.

ZUSAMMENFASSUNG

Beitragung zum Studium der entstehenden Knochenknorpelentzündung bei den Kindern, durch die Beibringung von zwei interessanten und dokumentierten Fällen. Die Autoren sind der Meinung, dass diese Krankheit ein autonomes Leiden ist, sehr verschieden von der angeborenen Verdrehung, mit der Calot sie zu vergleichen versucht.

EXPLORACIÓN, FISIOPATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LAS AFECCIONES ANALES

por los doctores

E. y A. CARDONER

de Barcelona.

Una exposición de la misma supone la de los distintos métodos empleados para el diagnóstico, los cuales son: el interrogatorio, la inspección, la palpación, las pruebas de laboratorio y la exploración de algunas partes del organismo vecinas del ano o en relación con el mismo.

La utilidad de estos distintos medios es muy desigual. Con excesiva frecuencia, ante un enfermo de la región ano rectal, el médico se limita a hacer un interrogatorio más o menos extenso; a esta conducta contribuyen, como señalan DELABET y BRECHOT (1), dos factores psicológicos: 1.º una instintiva repugnancia por parte del que asiste al enfermo; 2.º un sentimiento de pudor mal entendido por parte del pa-

ciente. Ello es tanto más de lamentar cuanto que el interrogatorio, como veremos en el párrafo próximo, suministra datos comunes a todas o casi todas las enfermedades ano-rectales, no pudiendo por consiguiente fundarse en él ninguna conclusión acerca de la clase de alteración morbosa causante de los mismos.

INTERROGATORIO.—Así como en el resto de enfermos del aparato digestivo lo que nos refieren de sus sensaciones, constituye una sólida base cuando no todo el armazón del diagnóstico, en los enfermos de la zona anal, el interrogatorio únicamente proporciona una orientación. Sin haber visto y tocado la región que se presume afectada y sus vicinidades, nadie debe atreverse a afirmar que en ella exista un proceso patológico y mucho menos que éste sea de tal o cual naturaleza. Esta idea no debe apartarse de la mente del que quiera diagnosticar una enfermedad anal.

Así es como después de preguntar brevemente por las sensaciones molestas o dolorosas, ligadas o no a la defecación, por la prociencia y por las secreciones anormales, se procede a buscar la causa de los mismos mediante la inspección y en último término con la palpación.

En algunas ocasiones un interrogatorio efectuado durante estos otros tiempos de la exploración, sirve para precisar algunos caracteres de la lesión que se encuentra ante los ojos o los dedos del observador.

INSPECCIÓN.—Para conseguirla debe hacerse visible todo el conducto u orificio anal. La porción más extrema del ano se ve fácilmente sin necesidad de ninguna manipulación. No sucede lo mismo con su porción interna que, hallándose apretada por la tonicidad del aparato muscular anal, se pliega y se oculta por el adosamiento de sus paredes. Estas dificultades se corrigen de dos maneras: 1.ª exteriorizando el ano; 2.ª introduciendo en él diversos aparatos que lo dilatan y despliegan *in situ*.

Exteriorización anal.—Se obtiene con muy distintos procedimientos, unos de aplicación y otros de empleo restringido.

Los procedimientos de uso más frecuente son los que aprovechan determinadas *posiciones*; la exteriorización obtenida con las mismas es completada por la proporcionada por un esfuerzo sostenido como el de la defecación que el enfermo realiza a invitación del médico y por la tracción suave pero continua hacia afuera que éste ejerce para estirar y separar los relieves que limitan los surcos radiados. La posición a que se recurre depende generalmente de los hábitos del explorador; las examinaremos brevemente. La de la talla perineal, muy socorrida por los cirujanos, es incómoda e incompatible con un reconocimiento de larga duración. La posición genupectoral (en la cual el individuo está arrodillado, con la cabeza baja y los brazos cruzados sobre una almohada), adolece del mismo e importante inconveniente.

niente. El decúbito lateral empleado por la mayoría de autores que se han ocupado de estas cuestiones (y que consiste en hacer acostar al enfermo de lado, con el tronco flexionado sobre la pelvis, el miembro inferior que descansa sobre la mesa de reconocimiento extendido y el miembro inferior del lado opuesto fuertemente flexionado) tiene, ante las dos posiciones anteriormente descritas, la desventaja de ofrecer una menor separación de ambas nalgas, cosa que puede solventarse en parte, haciendo sostener la nalga superior por un ayudante durante la exploración.

Como vemos, ninguna de estas posiciones recomendadas nos satisface en absoluto, pero existen otras dos que solucionan el problema de la exteriorización anal. La primera de éstas consiste en una modificación del decúbito lateral; en ella se hace acostar al enfermo de lado, con el tronco y ambos muslos fuertemente flexionados sobre la pelvis; la visualidad que así se obtiene acostumbra a bastar para un reconocimiento anal minucioso. Pero aun puede mejorarse con la segunda de las posiciones a que nos referimos: en ella se hace sentar al sujeto que se quiere examinar, en un taburete de unos 38 cms. de altura, cuyo asiento presenta un orificio de 20 centímetros de diámetro; ya en esta forma, por pocos esfuerzos que haga, no sólo se exterioriza el ano, sino también la porción más inferior del recto y todas las masas o vegetaciones intrarectales capaces de prolapsarse; si el taburete se coloca a suficiente altura, el médico puede observar perfecta y libremente todos estos tejidos exteriorizados. Si bien no pertenece al tema de este artículo, debemos decir que esta misma posición facilita en gran manera el tacto rectal.

Entre los *procedimientos de escasa aplicación* para obtener la exteriorización anal podemos describir los siguientes: Se introduce en el recto un balón de caucho, vacío, y seguidamente se insufla; una vez lleno, se tira del balón, que empujará por delante el ano (CHASSAIGNAC). Otro procedimiento, sólo practicable en mujeres con periné blando, fué indicado por STORER en 1873 y posteriormente por TARNIER; ambos aconsejaban que con el dedo encorvado en forma de gancho se deprimiera la pared posterior de la vagina en un punto situado por encima del esfínter interno del ano y en dirección hacia éste. Puede también recurrirse a la aplicación de una ventosa de Bier.

*Aparatos que dilatan y despliegan el ano *in situ*.*

—Estos aparatos son los distintos modelos de *speculums* y *anuscopios*, desde el de BARTHELEMY a los de BENSANDE y de los americanos; el único requisito indispensable es que estén formados por dos o más valvas, cuya separación pueda conseguirse desde el exterior una vez introducido el aparato en el ano.

Se emplea frecuentemente el de COLLIN, pero resultan más tolerables para el enfermo los pequeños *anuscopios* cilindro-cónicos alemanes. La *anuscopia* requiere que el enfermo no padezca ninguna lesión anal muy dolorosa; si así es, debe renunciarse a practicarla, pues aun cuando se recomienda aneste-

sar la región con toques con cocaína, este anestésico no ejerce sus efectos en los tejidos inflamados. Antes de colocar el *speculum* o *anuscopio*, debe lubricarse convenientemente.

Iluminación.—La luz empleada en la inspección o bien tiene que ser diurna o bien debe consistir en un foco potente movable en todas direcciones y provisto de una pantalla reflectora.

La inspección es el procedimiento de elección para la exploración anal; raramente deja de proporcionar óptimos frutos; no sólo coloca la lesión ante los ojos del explorador permitiendo afirmar o negar su existencia, sino que incluso permite distinguir frecuentemente la etiología de dos lesiones idénticas por los caracteres que las rodean.

PALPACIÓN.—La palpación anal puede servir para corroborar la presencia de un proceso morboso ya acusado por la inspección, o bien para discernir el origen de diversas afecciones que ofrecen imágenes parecidas, o bien, y esto ocurre en contadas ocasiones, constituye el único medio para llegar a establecer un diagnóstico.

Puede ser: inmediata y mediata. La primera es la que se practica con los dedos cubiertos o no por un dedal de goma; no es de recomendar el uso de guantes, por cuanto su mayor espesor embota las sensaciones táctiles percibidas. La segunda es la exploración mediante sondas o estiletes. Una mezcla de inspección y de palpación es la inyección de soluciones coloreadas en los trayectos anormales.

PRUEBAS DE LABORATORIO. — Generalmente tienen aplicación para solventar las dudas que existen acerca de la etiología de un proceso morboso observado; por consiguiente, su mayor importancia deriva de la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial.

Comprenden: las reacciones serológicas, los exámenes microscópicos precedidos o no de biopsia y las auto o hetero-inoculaciones.

EXPLORACIÓN DE ALGUNAS PARTES DEL ORGANISMO VECINAS DEL ANO O EN RELACIÓN CON EL MISMO.—Existen tres regiones en las que con gran frecuencia repercuten o toman origen las afecciones anales y son: la región inguinal, el aparato génito-urinario y el recto. En cuanto a la piel del pliegue interglúteo y del periné, debemos decir que presenta las mismas alteraciones que la piel del resto del cuerpo, pero con evidente predominio de algunas de ellas, por ej. los intertrigos; su estudio no es objeto de este artículo, dedicado exclusivamente al ano, y por otra parte, así como las enfermedades anales muchas veces son debidas a alteraciones de tramos más superiores del aparato digestivo, difícilmente son secundarias a las de la piel próxima.

FISIOPATOLOGIA ANAL

La fisiopatología del ano deriva de sus particularidades estructurales y de sus funciones fisiológicas. Las expondremos brevemente, citando a continuación el carácter especial que cada una de ellas imprime al proceso morboso.

1.^a Considerado bajo el punto de vista de su constitución anatómica, el ano se compone de un aparato muscular tapizado interiormente por un revestimiento o capa superficial. Este revestimiento es denominado errónea pero frecuentemente mucosa anal, lo cual lleva el ánimo a confusiones, que se traducen en la dificultad de englobar las modificaciones morbosas anales con las del recto. En realidad, como lo enseña la simple inspección y como demostró HERRMANN (2), el revestimiento anal superficial es una piel modificada, más delgada que la de otras regiones, desprovista de pelos y glándulas y muy rica en papilas.

De esto resulta que las lesiones anales sean las mismas de la piel y que en su tratamiento puedan emplearse cuerpos reductores enérgicos como la crisarobina.

2.^a El aparato muscular se halla separado del revestimiento cutáneo por una capa de tejido celular muy laxo, continuación de la túnica celulosa submucosa intestinal.

Si por cualquier causa esta capa celular pierde su escasa consistencia, es muy fácil el deslizamiento del revestimiento cutáneo hacia afuera, comunmente denominado prolapso.

3.^a De la extremidad inferior del plexo hemorroidal (situado en el recto y perteneciente a las venas hemorroidales superiores), salen unas pequeñas raicillas venosas que después de recibir algunas colaterales procedentes de la piel del ano, comunican con el sistema periesfinteriano de las hemorroidales inferiores; estas anastomosis se dividen en: supraesfinterianas, transesfinterianas y subesfinterianas, según su relación con el esfínter externo. Su particularidad más importante es la de que se conducen como si poseyeran válvulas orientadas de tal forma que permiten el paso de la sangre de las hemorroidales superiores a las hemorroidales inferiores, pero no a la inversa QUÉNU (3).

La existencia y la índole de esta comunicación entre el plexo venoso rectal y el ano, explican la frecuente propagación de las inflamaciones del primero hacia el último.

4.^a Los tejidos anales poseen una rica inervación procedente de dos orígenes que son: el plexo sacro y el plexo hipogástrico; los filetes nerviosos salidos del uno y del otro se dirigen al ano y terminan en él, divididos en fibras sensitivas y fibras motoras. De éstas últimas, las que proceden del plexo sacro se pierden en el esfínter externo; las que vienen del plexo hipogástrico están destinadas al esfínter interno. En

cuanto a las fibras sensitivas, muy numerosas, están en conexión con las papilas dérmicas o bien con numerosos corpúsculos de PACINI del tejido celular laxo PILLET (4).

La abundancia de terminaciones nerviosas sensitivas en la región anal explica la profusión de alteraciones de la sensibilidad que refieren los enfermos de la misma, así como la facilidad con que sobrevienen en los mismos diversas alteraciones del estado general.

5.^a Si bien el centro de los movimientos del ano se halla en la médula lumbar, la destrucción de la misma no los impide, porque los ganglios simpáticos del plexo hipogástrico gozan de la suficiente autonomía para constituirse en centros de reflejos periféricos.

El funcionalismo inconsciente del ano está expresado en estado de salud por la contracción del esfínter interno del mismo cuando se excita la porción más inferior de la ampolla rectal o un punto de la zona cutánea anal. En estado patológico este automatismo puede llegar a provocar la contractura o estado espasmódico del esfínter interno.

6.^a Antes de su salida al exterior, las heces fecales están constituidas por: agua, residuos de la digestión, sustancias no digeribles ingresadas con los alimentos, los productos de algunas secreciones intestinales o de glándulas anejas al tubo digestivo y, finalmente, una gran cantidad de gérmenes.

Ostentando el papel de factores suficientes o bien el de simples vehículos, unos y otros dan lugar a procesos morbosos anales, que, gracias a las reinoculaciones sucesivas y a las excelentes condiciones de humedad y temperatura que reúne la región en que se desarrollan, tienen una gran tendencia a persistir y a pasar al estado crónico.

7.^a Siguiendo los estudios de QUÉNU, la mayoría de autores que se han ocupado de las enfermedades anales, dicen que las infecciones tienen la particularidad de invadir las terminaciones nerviosas de la región, de donde se originan neuritis eminentemente dolorosas. A pesar de los estudios histológicos, las cosas ocurren clínicamente como si estas manifestaciones anales violentas fueran debidas exclusivamente al espasmo reflejo del esfínter interno ya que haciendo cesar este último desaparecen los dolores.

De todo lo dicho, resulta que el carácter general de las afecciones anales es que son las mismas de la piel, pero que por causas anatómicas o funcionales revisten una forma especial. Estos caracteres propios de la región son: el dolor, el espasmo del esfínter interno, la cronicidad y el desarrollarse muchas veces secundariamente.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es el juicio por el cual se afirma la existencia de una enfermedad. Prácticamente puede dividirse en directo o general y diferencial: el pri-

mero consiste en deducir, por los síntomas observados, la afección que los ha originado, el segundo distingue las afecciones causales por las variaciones de los síntomas. Para no alargar este artículo, los describiremos conjuntamente, según la siguiente clasificación a que nos ha conducido la práctica:

- I.—Deformidades.
- II.—Traumatismos.
- III.—Cuerpos extraños.
- IV.—Prolapsos.
- V.—Inflamaciones (con aspecto de eritema durante toda su evolución).
- VI.—Vegetaciones.
- VII.—Pérdidas de substancia o ulceraciones.
- VIII.—Varices.
- IX.—Abscesos y gomas.
- X.—Fístulas.
- XI.—Alteraciones de la sensibilidad sin lesión perceptible en el ano.

Trataremos únicamente de las formas que adoptan en su período de estado que es aquél en que tiene que reconocerlas el médico. Describiremos algo extensamente las enfermedades que suelen presentarse, dejando las demás en un lugar secundario. Lo mismo decimos de las formas que pueden revestir.

I.—DEFORMIDADES.—Este grupo se halla integrado por las alteraciones congénitas de la morfología y de la topografía anales. Comprende las estenosis, las imperfecciones y las ausencias del ano que existen desde el nacimiento; en cuanto a las desembocaduras anormales de la extremidad inferior del aparato digestivo, deben ser estudiadas entre las afecciones rectales DELBET y BRECHOL (5).

Generalmente los enfermos son recién nacidos, cuya familia se ve sorprendida por la falta de expulsión del meconio o por la constatación, durante la limpieza del niño, de una perforación o una ausencia del ano. Las estenosis diafragmáticas parciales, llamadas valvulares por TILLAUX y TRÉLAT, no suelen provocar síntomas funcionales que den cuenta de su existencia hasta la edad adulta.

Estenosis. — Cuando un individuo presenta una disminución del calibre anal puede, él mismo o sus familiares, haber notado alteraciones en la forma, el diámetro y la facilidad de expulsión de las materias fecales o puede no haberse apercibido de nada; tanto en uno como en otro caso el diagnóstico se hace únicamente por la palpación practicada mediante el dedo del médico, el cual a la vez que hace patente la existencia de una alteración congénita de la morfología anal, permite, asimismo, un diagnóstico diferencial entre las dos clases de la misma: estenosis congénitas diafragmáticas y estenosis congénitas cilíndricas.

Las *estenosis diafragmáticas*, estudiadas por REYNIER (6) principalmente, se reconocen porque al que-

rer introducir el dedo en el recto se choca con un obstáculo localizado en la línea de unión anorretal, depresible o no, ya circular, ya limitado, a la mitad posterior del orificio; a esta última clase pertenecen las estenosis valvulares congénitas que TILLAUX (7) describía entre las enfermedades rectales y a las que atribuía una considerable influencia en la producción de buen número de trayectos fistulosos.

Las *estenosis cilíndricas* son rarísimas.

Según TRÉLAT, el diagnóstico de las estenosis anales puede ser algo confuso si gozan de cierta movilidad en sentido vertical y se dejan deprimir por el dedo.

Imperforaciones.—El ano puede estar obliterado totalmente a nivel de su extremidad externa o de la línea de unión ano-rectal; si lo es por una membrana delgada la inspección y el tacto lo demuestran suficientemente; cuando la obliteración está formada por una gruesa pared coexisten otras deformidades del ano y del recto.

Ausencia.—La ausencia del ano se manifiesta por modificaciones plásticas perineales y además suele ir acompañada de una desembocadura anormal de la extremidad inferior del intestino. La inspección del pliegue interglúteo y la exploración del esqueleto conducen a su diagnóstico.

II. TRAUMATISMOS.—Bajo este título deben estudiarse las contusiones y las heridas anales. Mediante el interrogatorio y la inspección resulta muy fácil darse cuenta de su existencia; la exploración complementaria de las heridas por medio de una sonda o estilete puede estar indicada para distinguir si la lesión es meramente anal o bien si se extiende al recto.

III. CUERPOS EXTRAÑOS. — Así como los cuerpos extraños rectales o son por coprostasis o han penetrado por el ano, la mayoría de los cuerpos extraños anales han sido previamente ingeridos por la boca.

Casi siempre de pequeño volumen, suelen consistir en fragmentos de hueso o espinas de pescado en forma de anzuelo. Ocasionalmente molestias ligeras pero continuas que a veces se convierten en dolor en el momento de la defecación; para verlos, basta separar los pliegues anales y observar las válvulas semilunares, puntos en donde acostumbran estar adheridos.

IV. PROLAPSOS.—El prolapso anal consiste en la prociencia del revestimiento cutáneo de esta región. Normal en casi todo el mundo en el acto de la defecación, mientras no se inflama o no va acompañado de un prolapso de la pared rectal no representa ninguna enfermedad ni provoca ninguna perturbación.

V. INFLAMACIONES. — Las inflamaciones anales pueden ser difusas y localizadas.

Inflamaciones generalizadas.—Las inflamaciones extendidas a todo el conducto anal, son superficiales,

crónicas y generalmente secundarias a una afección intestinal o de la piel perineal. La exploración de estas regiones, la falta de modificaciones del relieve y el interrogatorio, son suficientes para llegar a obtener la certidumbre de su naturaleza.

Inflamaciones localizadas.—Como afecciones que revisten este aspecto deben citarse: las inflamaciones del tejido celular anal, la inflamación de las válvulas semilunares y las placas mucosas eritematosas del período secundario de la sífilis.

Las inflamaciones del tejido celular subcutáneo anal comprenden casi todos los casos descritos bajo nombre de hemorroides externas; aun que este artículo está destinado a tratar exclusivamente de la exploración y del diagnóstico para facilitar este último debemos hablar sucintamente de la patogenia de esta enfermedad. Toda inflamación del tejido celular determina dolor y una infiltración del mismo por plasma y células embrionarias de origen hemático; el dolor provoca un espasmo reflejo del esfínter interno que es causa, a su vez, de éxtasis en los pequeños vasos subyacentes. De la unión del éxtasis circulatorio y la infiltración inflamatoria resulta un aumento de volumen del tejido celular laxo, que por la falta de espacio empuja hacia el exterior la piel que lo cubre. Este prolapso de una parte del revestimiento cutáneo anal, arrastra tras de sí la porción más inferior de la ampolla rectal; si en esta zona rectal supraanal existen dilataciones varicosas o sea hemorroides, éstas salen al exterior y la contracción espasmódica del esfínter las estrangula, con lo cual a los trastornos anales referidos vendrán a añadirse los propios de la estrangulación hemorroidal; en este punto las cosas aun pueden distinguirse (por su color y la presencia de la válvulas semilunares) la piel anal y la mucosa rectal varicosa. Más tarde se extienden progresivamente el edema inflamatorio del tejido celular del ano y la tumefacción de las hemorroides hasta que llegan a confundirse borrando el relieve de las mencionadas válvulas; en este momento la lesión local se presenta como una prominencia en forma de salchichón más o menos largo, de color violáceo por dentro (porción hemorroidal o mucosa) y roja por fuera (porción anal o cutánea); como quiera que los enfermos aguardan para reclamar la asistencia médica a que las molestias que sufren sean intensas, son reconocidos cuando la lesión ha tenido tiempo suficiente para evolucionar y llegar a este estado, y habiéndose tomado una parte por el todo y un efecto por una causa, se ha perpetuado sin controlarla la descripción de las hemorroides externas. Fuera de los períodos inflamatorios, se han tomado por hemorroides externas las atrofas y esclerosis cutáneas (conocidas también con el nombre de mariscos y condilomas) a que por alteraciones de las fibras elásticas dan lugar estas inflamaciones. Debemos tratar otro punto: es cierto que estos prolapsos inflamatorios se producen frecuentemente en los que padecen hemorroides; es debido a que en estas he-

morroides se desarrollan flebitis, de las cuales parten gérmenes que ya por vía venosa o linfática, ya por contigüidad infectan el tejido celular anal.

Para darse cuenta del error de interpretación cometido basta fijarse en que: 1.º Estos prolapsos inflamatorios del ano no sólo se producen como consecuencia de flebitis rectales, sino que también aparecen en individuos que no presentan ninguna dilatación varicosa en el recto y obedeciendo a distintas causas (una indisposición, una colitis, una rectitis). 2.º Al comienzo de los fenómenos descritos se distingue perfectamente la mucosa rectal de la piel del ano y la línea sinuosa de las válvulas semilunares. 3.º En casi todas las flebitis está seriamente contraindicada la movilización, mientras que el masaje ejerce una beneficiosa acción sobre estas inflamaciones anales procidentales.

De todo lo dicho, puede extraerse la siguiente conclusión: Las verdaderas varices anales son raras.

Las inflamaciones de las válvulas semilunares (Criptitis, de GANT (8)), deben sospecharse cuando un enfermo describe sus molestias como ligeras y continuas, más fastidiosas por su persistencia que por su intensidad; tan sólo produce síntomas subjetivos parecidos, una vegetación inflamatoria que describiremos más adelante con el nombre de *papilitis*. Si la exploración no demuestra la existencia de ésta última o la de un pequeño cuerpo extraño enclavado, la anuscopia hace patente el enrojecimiento de una de las válvulas. Pueden ser causa de abscesos y fístulas.

En cuanto a las *placas mucosas eritematosas*, son muy raras, múltiples, sin localización precisa y no causan dolor ni molestias.

VI. VEGETACIONES.—Este capítulo abarca lesiones resultantes de una infección, de un trastorno trófico congénito o adquirido o de una proliferación neoplásica; cualquiera que sea la etiología de las vegetaciones anales llegan a adoptar siempre los mismos tipos morfológicos, como si todas ellas fueran simples maneras de reaccionar de los tejidos anales ante muy distintas causas morbosas.

Las dividiremos en: 1.º vegetaciones no específicas y neoplásicas malignas, y 2.º vegetaciones específicas y neoplásicas malignas. Entre las primeras describiremos: las papilitis, los papilomas, las verrugas, los mariscos y los condilomas. Entre las segundas, la tuberculosis verrugosa, las placas mucosas pápulo-erosivas y pápulo-hipertróficas, las sífilides vegetantes terciarias y los epitelomas vegetantes baso-celulares.

Siendo todas las vegetaciones anales, justificables de la extirpación, no tiene mucha importancia un error de diagnóstico entre las mismas.

Papilitis.—En individuos que sienten dolores parecidos al pinchazo repetido de una aguja en la región de que tratamos, separando los márgenes del ano, o, mejor aún, introduciendo en el mismo un

anuscopio y abriéndolo, pueden encontrarse unas pequeñas eminencias sonrosadas, triangulares o cilíndricas, de unos 3 milímetros de longitud, implantadas en un punto alto del conducto; suelen ser secundarias a una inflamación de marcha aguda o a un traumatismo locales. Su localización alta y la desproporción entre el tamaño de la lesión y las molestias que provocan, las caracterizan suficientemente.

Papilomas.—Estas vegetaciones se encuentran en la porción externa o marginal del ano. Cubiertas a veces por piel delgada como una mucosa, pero con más frecuencia gruesa y macerada, no provocan molestias más que cuando, creciendo, adquieren el volumen de una avellana y se hacen arborescentes y pediculadas; entonces la presión y el roce sobre la piel próxima determinan en ésta y en el papiloma la aparición de un intertrigo con la correspondiente humedad.

Verrugas.—Las verrugas anales consisten en pequeñas tumoraciones, múltiples de ordinario, localizadas como los papilomas en la porción anal más próxima a la piel del periné, dotadas de una cubierta gruesa de consistencia córnea.

Mariscos.—Fuera de toda crisis inflamatoria, los mariscos se presentan como vegetaciones flácidas, blandas, depresibles, arrugadas, que se pliegan entre los dedos y se dejan estirar perfectamente. Desarrolladas a veces lenta y silenciosamente, existen desde la infancia; en otros casos han quedado como la huella de uno de los prolapsos inflamatorios anteriormente descritos.

Condilomas.—Como los mariscos, pueden desarrollarse lentamente sin dar otro síntoma que una modificación del relieve anal, adoptando entonces la forma de una de las barbas de un gallo, o bien pueden ser consecutivos a una inflamación edematosa, en cuyo caso, son globulosos; unos y otros son de consistencia cartilaginosa, cubiertos de piel lisa y brillante, pero de grueso normal. Pueden inflamarse secundariamente y entonces por una especie de estallido de su base, dan lugar a una fisura.

Representan, como los mariscos, una distrofia, que si en unos casos conduce a una atrofia esclerosa (mariscos), en las condilomas ha conducido a una paquidermia elefantíaca.

La *tuberculosis verrugosa* reviste la forma de una elevación papilomatosa, a veces ulcerada y cubierta de costras, y siempre provista de una o más verrugosidades córneas; rodeada por una zona eritematosa que constituye su única característica. Para resolver las dudas en que puede sumir su diagnóstico, son precisos en muchos casos: la biopsia, el examen bacteriológico y la inoculación al cobayo.

Las *placas mucosas pápulo erosivas* forman poco relieve en la superficie de la piel anal; pueden adoptar la forma y los síntomas dolorosos atenuados de una fisura. Las *placas mucosas pápulo-hipertróficas*

pueden confundirse fácilmente con los condilomas. Afortunadamente, unas y otras son muy poco frecuentes.

Lo mismo puede decirse de las *sifilides terciarias vegetantes*; si se ulceran dan lugar a una secreción particularmente fétida.

En cuanto a los *epiteliomas vegetantes* son lo suficientemente raros en la región anal para que no tengamos que detenernos en su diagnóstico diferencial.

VII.—*Pérdidas de substancia.*—El único síntoma común a todas ellas, es la imagen que ofrecen a la inspección; si bien pueden determinar hemorragias y alteraciones de la sensibilidad ni unas ni otras son constantes.

Para su exposición pueden dividirse en: 1.º, ulceraciones no específicas; 2.º, ulceraciones específicas y neoplasias ulceradas. Las primeras comprenden: las grietas, las fisuras y las úlceras varicosas (en rigor, las úlceras varicosas son específicas por cuanto son debidas a una causa identificable, pero por su clínica, conviene colocarlas entre las úlceras no específicas). Las segundas comprenden las úlceras tuberculosas, el chancro blando, el chancro duro, las placas mucosas pápulo-ulcerosas sifilíticas, las úlceras sifilíticas terciarias y los epiteliomas ulcerados generalmente espinocelulares.

Grietas.—Si bien son clasificadas corrientemente entre las pérdidas de substancia, DARIER (9), las describe como heridas lineales de origen traumático, producidas en tejidos cuya elasticidad había sido alterada previamente. En la región anal las hemos encontrado casi exclusivamente en individuos artríticos.

Sus caracteres no dejan lugar a dudas: alcanzan 2-3 milímetros de longitud, asientan en la porción más externa de los pliegues radiados; pueden manifestarse por molestias muy poco marcadas y ligeras hemorragias en el acto de la defecación.

Fisuras.—Con este nombre se significan las ulceraciones banales, localizadas en la parte interna de un surco radiado, que van acompañadas de dolores violentos y de un espasmo constante del esfínter interno del ano. Esta definición comprende los cuatro síntomas peculiares de las fisuras. Por su frecuencia, conviene insistir sobre ellos.

Para merecer el nombre de fisura anal es preciso que la pérdida de substancia carezca de los caracteres de las ulceraciones específicas. Las fisuras presentan una forma regular ovalada; los bordes inflamatorios (rojizos casi siempre; azulados y callosos en las antiguas); el fondo amarillo o gris, escasamente secretante; su base es blanda; su sensibilidad exquisita; su evolución lenta; ordinariamente se encuentra una sola, raramente dos; finalmente, no se encuentra adenitis inguinal concomitante, salvo complicaciones que ya se expresan en el estado general del enfermo.

Al buscar una fisura orientados por el interroga-

torio, se la encuentra generalmente en la parte interna del fondo de uno de los pliegues radiados, dirigida en el mismo sentido que éste, generalmente, en el rafe anal posterior y con gran frecuencia, como indicaba TILLAUX (1) (y como no hemos visto repetido en ninguna parte), en la base o raíz de un condiloma.

El dolor que acompaña a la fisura anal impide toda confusión por la forma especial que adquiere; se trata de dolor en 2 tiempos. En el momento de salir el bolo fecal, el enfermo nota cierto escozor anal más o menos intenso, que seguidamente desaparece; diez o quince minutos, a veces media hora, después de la defecación se instala una sensación local de quemazón, cuya violencia va aumentando paulatina pero firmemente, hasta hacer perder al que la sufre, todo dominio de sí mismo; este ardor persiste durante una o dos horas, y cesa sin ninguna intervención.

Si se quiere introducir un dedo en el ano de un enfermo afecto de fisura, se le encuentra cerrado por el espasmo del esfínter interno. Si se toca la ulceración (aparte de la sensación dolorosa que ello despierta), se produce una contracción refleja de los elevadores y del esfínter externo, traducida en la retracción y aproximación de las imágenes anales.

Las fisuras pueden dar lugar a hemorragias, que no son constantes y que en caso de existir, son muy ligeras. Fundándose en ellas, BENSUADE recomienda introducir en el ano un poco de algodón arrollado sobre la extremidad de un estilete y empapado en una solución anestésica; si al retirarlo se le halla manchado de sangre, dice que puede asegurarse que allí existe una fisura, este signo carece de valor porque la sangre puede proceder de otros puntos y porque hay fisuras que no originan la menor pérdida sanguínea.

Recordando lo dicho, deben excluirse de las fisuras todas las ulceraciones específicas que secundariamente den lugar a crisis dolorosas y a contractura re-

fleja del esfínter interno. Cuando la inspección ofrece una ulceración fisuraria y el enfermo niega todo dolor al médico, este último debe ser muy prudente en dar un diagnóstico negativo, por cuanto existen enfermos que por *tenué*, no quieren confesar sus sufrimientos y otros que, para evitarse molestias, procuran (con laxantes o purgantes) obtener una deposición diarreica y se lavan minuciosamente la región anal después de la defecación, con todo lo cual disminuyen en alto grado las molestias percibidas. Por último, si un enfermo refiere un dolor anal intenso parecido al descrito, pero la inspección más cuidadosa no demuestra la existencia de ninguna fisura visible, puede tratarse de una de estas pérdidas de substancia situada en un punto muy alto del ano y comprobable por el tacto digital del fondo de los surcos, o bien de una ulceración rectal baja o bien de una esfínteralgia sin lesión, afección muy rara, que se encuentra en contadas ocasiones y con la que casi no debe contarse en la práctica.

Ulceraciones varicosas.—Desde la descripción de ROKITANSKY, se han comprendido bajo este nombre, las grietas y las verdaderas úlceras varicosas. Estudiadas en lugar aparte la primeras, sólo nos falta hablar de las últimas.

Así como las grietas y las fisuras existen independientemente de toda dilatación venosa anorectal, las úlceras varicosas, como indica su nombre, se desarrollan en la piel anal que cubre una variz. Su único carácter distintivo consiste en la producción de hemorragias abundantes a su nivel.

Ulceraciones específicas y neoplásicas.— Cuando una ulceración anal carece de los caracteres de las grietas, las fisuras o las ulceraciones varicosas, el médico debe dejar de ser clínico y debe proceder inmediatamente a practicar un raspado de la misma con la cucharilla o a una biopsia o la extracción de sangre del enfermo, con el fin de obtener productos

	Forma	Bordes	Fondo	Secreción	Base	Periferia	Sensibilidad	Adentitis	Evolución	Número
Chancro blando	Alargada fisuraria	Cortados a pico pero algo despegados	Irregular. Amarillo o gris	Abundante	Blanda	Inflamada	Grande	Dolorosa Supura	Rápida a la curación	Múltiples
Chancro duro	Alargada fisuraria	Cortados a pico, adherentes	Superficial	Escasa	Dura o no se encuentra	Dura, a veces levantada	Nula o secundaria	Ganglios pequeños, numerosos indolores	Rápida a veces al fagedenismo	Únicos
Placas mucosas ulcerosas	Fisuraria	Hipertrofiados	En cúpula ajamonado	Escasa	Blanda		Nula o secundaria	Ganglios pequeños numerosos indolores	Lenta	Múltiples
Úlceras sífilíticas terciarias	Ovaladas	Cortados a pico	Secretante	Escasa	Dura o no se encuentra		Nula o secundaria	Ganglios pequeños numerosos indolores	Lenta	Únicas
Úlceras tuberculosas	Irregular	Despegados	Lívido, granuloso	Escasa	Blanda	Muchas veces granos amarillos o úlceras	Escasa	Poco dolorosa; lenta	Lenta	Múltiples muchas veces
Epiteliomas ulcerados	Irregular	Hinchados keratósicos	Gris granuloso	Abundante	Dura		Grande	Ganglios pequeños, indolores	Lenta	Único

que sirvan para exámenes microscópicos, reacciones serológicas o inoculaciones experimentales. (Debemos advertir que cuando se haga una antoinoculación para diagnosticar el chanero blando, debe destruirse con el termocauterio el foco testigo provocado, ya que si se le abandona a sí mismo, fácilmente se hace fagedénico. En estos últimos tiempos se ha recomendado substituir la antoinoculación por la inyección intradérmica de 450 millones de estreptococos de DUCREY; en caso de ser tan útil como dicen los defensores de esta substitución, tendría la indiscutible ventaja de que el foco provocado desaparecería por sí solo).

Exponemos en un cuadro los caracteres clínicos de las ulceraciones específicas, pero otorgándoles un valor escaso.

VIII. *Varices*.—Las varices anales son raras. Si no son asiento de ninguna flebitis, se presentan como dilataciones globulosas de color azulado, que aumentan de volumen con los esfuerzos; si se inflaman pueden simular un edema inflamatorio, y entonces, debe aguardarse a que cesen los fenómenos agudos para diagnosticarlas; las no inflamadas, pueden ser confundidas con los abscesos, pero los últimos, producen dolores y sensación de latidos.

IX. *Abscesos y gomas*.—Los abscesos se reconocen porque no tienen el color azulado y porque no aumentan con los esfuerzos. Solamente estudiamos como abscesos anales, las colecciones purulentas primitivamente anales, dejando para otro punto los que habiendo comenzado en el recto, llegan a asomar debajo del revestimiento anal. Tampoco deben comprenderse aquí los abscesos tuberosos de la piel perineal, ni los abscesos isquioresales consecutivos a la propagación de un absceso anal.

En cuanto a los gomas, su rareza exime de mayor extensión.

X. *Fístulas*.—Al observar un orificio en el revestimiento cutáneo anal, se presume la existencia de un trayecto fistuloso. Excluyendo las fístulas extraesfinterianas, que se abren por fuera del ano, en la piel del periné, y las llamadas fístulas ciegas internas secundarias a hemorroides, hablaremos exclusivamente de las fístulas intraesfinterianas (casi siempre debidas a la abertura de un absceso o a la tuberculosis) y de las fístulas ciegas internas que se han desarrollado como consecuencia de una inflamación de las válvulas semilunares, englobando las dos clases en una misma descripción.

Los enfermos que las presentan se quejan de la secreción muco-purulenta que moja y mancha sus ropas; algunos notan sensaciones de peso; otros refieren que alternan los períodos de calma con los de molestias, cesando estas últimas con una evacuación abundante (se trata de un trayecto que se abre periódicamente para dar salida al pus).

A la inspección se ve, ya un simple orificio en la

piel, ya este agujero se abre en el centro de una elevación; cosa más frecuente en las fístulas de origen tuberculoso. En los casos de fístula ciega interna originada en la cripta de una de las válvulas, únicamente la expresión del contorno anal permite decir dónde está el abocamiento de la fístula por la aparición de una gota purulenta en la línea ano-rectal.

Una vez se tiene la convicción de hallarse ante un orificio fistuloso, se procede a la palpación mediata del mismo con sondas o estilletes ya rectos, ya doblados en ángulo; debe introducirse simultáneamente un dedo en el recto para darse cuenta de si el tallo metálico pasa entre el esfínter interno y la piel, o bien si pasa por fuera del esfínter.

Cuando se ha llegado a una conclusión acerca de este detalle, es conveniente intentar resolver el problema de si la fístula presenta uno o dos orificios. Esto, que ordinariamente, resulta fácil, en las fístulas ciegas internas de que tratamos, es bastante difícil para el resto de fístulas anales. Puede procederse a la inyección de una solución coloreada en el trayecto que se explora; si el líquido sale en el recto, se deduce la existencia de una segunda abertura, cuando menos.

Por último, si se sospecha, y es lo más frecuente, que el trayecto fistuloso posee varias ramificaciones, pueden emplearse para su exploración, bujías blandas filiformes.

En resumen, diagnosticar la existencia de una fístula resulta sencillo, pero no hay medio conocido que permita tener la seguridad del número, longitud y situación de los trayectos y orificios que pueda poseer. Como norma general debe tenerse presente: que ordinariamente todas las fístulas intraesfinterianas tienen dos orificios, que de éstos, el interno se abre lateralmente antes de llegar al fondo del trayecto y que con gran frecuencia, existen ramificaciones que hacen a éste muy complejo.

Diagnosticada la fístula y sus caracteres, debe investigarse su causa, absceso vulgar, tuberculosis, sífilis, traumatismos, estenosis, neoplasias, lesiones óseas, enfermedades del aparato génito-urinario, quiste dermoide supurado de la región sacro-coxígea, que si en su mayoría se imponen desde el primer momento, a veces, por la distancia a que se encuentran, son difícilmente referidas a la fístula anal.

XI. ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD ANAL SIN LESIÓN PERCEPTIBLE. — Puede ser por defecto y por exceso.

Las disminuciones y aboliciones de la misma, se presentan en individuos que padecen afecciones nerviosas graves, dentro de cuyo síndrome tienen muy escasa importancia; DELBET y BREHOT (1), las señalan en los individuos que presentan un prolapso rectal; no hemos podido comprobarla como tal pérdida de la sensibilidad, pero en cambio, el enfermo se queja de no poder distinguir los materiales sólidos de los líquidos. Hemos interpretado estos últimos

casos de la manera siguiente: el prolapso rectal cubre por su precidencia la porción inferior de la ampolla (que normalmente es la cuna del arco reflejo que cierra el ano) e impide la producción de este reflejo.

Las alteraciones de la sensibilidad anal por exceso, son: el prurito y el dolor.

El *prurito anal*, muchas veces confundido con el prurito perineal, consiste en la molesta sensación de comezón que perciben los enfermos, generalmente por la noche, y sin que la porción cutánea a que se refiere el prurito, presente ninguna alteración.

Su diagnóstico es por consiguiente fácil, pero si se quiere llegar a conocer la causa que lo provoca, tienen que examinarse un buen número de posibles agentes etiológicos. Generalmente, es secundario a otra afección cutánea o rectal o de otros órganos más apartados. Si bien primitivamente, no va acompañado de ninguna modificación de la piel en que asienta, secundariamente y por la acción del rascado, esta puede liquenificarse o impetiginizarse.

Si al explorar el ano de un enfermo que se queja de dolores localizados en el mismo, no se encuentra nada, es preciso extender la exploración al recto, teniendo presente que las lesiones rectales que dan síntomas anales, acostumbra a estar localizadas en la parte baja de la ampolla. Si tampoco en el recto se encuentra nada que explique el dolor acusado por el enfermo, debe explorarse el abdomen, pues muchas peritonitis pelvianas, anexitis y salpingitis, son origen de dolores anales ligados o no a la defecación. Por último, cuando en un individuo se encuentra un espasmo doloroso del esfínter interno del ano y no existe simultáneamente ninguna vegetación, ninguna ulceración, ningún absceso anal ni rectal y la exploración abdominal es negativa, puede tratarse de una miositis sífilítica del esfínter, afección rarísima descrita por NEUMANN, a cuyo diagnóstico solo debe llegarse por exclusión, después de haber agotado todos los recursos y los procedimientos exploratorios.

BIBLIOGRAFIA

1. DELBET ET BRECHOT.—Maladies de l'anus et du rectum. Bailliére. París, 1916, pág. 1.
2. HERRMANN.—Sur l'estructure et developpement de la muqueuse anale. Tesis de París, 1880. (Según TESTUT).
3. QUÉNU.—Etude sur les veines du rectum et de l'anus. *Bull. Soc. Anat.* 1892. (Según TESTUT).
4. PILLET.—Note sur la presence de corpuscules de PACINI dans la muqueuse anale de l'homme. *Bull. Soc. Anat.* 1892. (Según TESTUT).
5. DELBET ET BRECHOT.—*Loco citato*, pág. 20.
6. REYNIER.—*Gaz. hebdomadaire de med. et de chir.* 1878. número 48, pág. 759. (Según DELBET y BRECHOT).
7. TILLAUX.—Tratado de cirugía clínica. Trad. por J. COROMINAS SABATER. Espasa. Barcelona, 189..., vol. II, página 494 y 498.
8. GANT.—Diseases of the rectum, anus and colon. Saunders, edit. Filadelfia and London. 1923.

9. DARIER.—Précis de dermatologie. Masson. París, 1923. pág. 327.

10. TILLAUX.—*Loco citato*, pág. 470.

11. DELBET ET BRECHOT.—*Loco citato*, pág. 3.

RESUME

Les Auteurs exposent les diverses procédés exploratoires aux quels l'on doit recourir pour le diagnostic des maladies de l'anus, et font remarquer le peu de valeur de l'interrogatoire et l'interrogatoire et l'importance capitale de l'inspection. A la suite quelques considérations sur la physiopathologie, les Auteurs décrivent les maladies de l'anus, qu'ils classent ainsi: déformations, traumatismes, corps étrangers, prolapsus, inflammations, végétations, ulcerations, varices, abcès, gommés, fistules, et des altérations de la sensibilité.

SUMMARY

The authors state the various exploratory methods to be resorted to when making a diagnosis of anal diseases. They point out the scanty value of the questioning and the vital importance of inspection. They make some remarks about the physiopathology, and describe the anal diseases which they classify as follows: deformaties, traumatisme, foreign bodies, prolapses, inflammations, growths, ulcerations, varices, abscesses, gummas, fistules and sensibility changes.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren legen die verschiedenen Forschungsverfahren dar, die man für die Diagnostik der Steisskrankheiten anwenden muss, indem sie den geringen Wert der Ausfragung und die hauptsächlichste Wichtigkeit der Inspektion bezeichnen, und nach einigen Betrachtungen über die Physiopathologie, beschreiben sie die Krankheiten des Afters, die sie in folgender Weise einteilen: Entstellungen, Wundstarrkrampf, Fremkörper, Vorfälle des Zapfchens, Entzündungen, Geschwüre, Geschwürbildungen, Krampfadern, Geschwüre, syphilitische Knochenhautanschwellungen, Fisteln und Empfindlichkeitsveränderungen.

CRÓNICA

LA VACUNACIÓN ACTIVA CONTRA LA DIFTERIA

por el doctor

M. TORELLÓ CENDRA

Médico numerario de la Inclusa de Barcelona

Si la seroterapia antidiftérica ha logrado rebajar considerablemente las cifras de mortalidad por difteria, no ha ejercido casi ninguna acción sobre la morbilidad; ésta atañe en algunos países cifras impresionantes; así, en la ciudad de Nueva York, el número anual de casos de difteria fué entre 1912 y 1918 de 12,000 (1) con más de un millar de defunciones. En España mueren cada año unos 4,000 diftéricos, lo cual hace suponer una morbilidad aproximada de 40,000 (2).