

SUMARIO

Rectitis estenosantes por diatermia. por el Dr. Vazquez.

Pielografía endovenosa con el Uroselectan. — por los Dres. E. Lorenzo, B. Varela Fuentes y P. Rubino.

Presentado en la Sesión del 6 de Agosto de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Rectitis estenosantes por diatermia

Por el Dr. VAZQUEZ

Los estrechamientos inflamatorios del recto, cualquiera que sea su origen, constituyen una afección desesperante, no sólo por los trastornos que determinan en el paciente, sino aun por la tenacidad con la cual resisten a todos los tratamientos. Da una idea de ello la multiplicidad de medios terapéuticos ideados para combatirla, y cuyos resultados no nos hablan nada de su eficacia.

En efecto, de los medios médicos, solo los tratamientos etiológicos, a saber: antigonocócico y específico algo logran en el período de rectitis aguda, pero poco o nada valen en el tratamiento de la estenosis ya constituida.

Con los medios quirúrgicos tampoco se adelanta gran cosa.

La dilatación, sea ésta efectuada con bujías dilatadoras o con aparatos mecánicos más complicados, sólo constituye un pis-aller, amén de ser un método largo y doloroso, estando obligado el enfermo a someterse a la molesta dilatación, casi a diario, para que sus efectos sean apreciados, pues a los pocos días de la dilatación la estenosis se hace sentir nuevamente. Es por lo tanto un método que requiere constancia y tiempo, y por lo tanto no susceptible de aplicar a todos los enfermos.

Las rectotomías han sido dejadas de lado, para combatir la afección que nos ocupa, pues sus efectos son solamente pasajeros, no tardando el enfermo en presentar la recidiva de su estenosis.

La amputación del recto, con o sin descenso de segmento superior, al perineo es una operación muy grave, cargada por una pesada morbilidad y muy a menudo seguida de recidiva del mal; sobre el intestino descendido, razón ya suficiente para desechar la operación.

... Hartman ha preconizado contra esta pertinaz afección su procedimiento de amputación intraespinteriana del recto, pero es una operación tan grave como la anterior y con los mismos inconvenientes.

La inutilidad de estas intervenciones, ha hecho que la mayoría de los cirujanos se limitaran a efectuar, solamente en estos casos, un ano contra natura; el sólo hecho de mencionar esta intervención nos habla de la inutilidad de los tratamientos conocidos hasta ahora.

En estos últimos años, Benzaude y Marchand, han preconizado el tratamiento de las rectitis, tanto las agudas como crónicas estenosantes por la diatermia con feliz resultado. El hecho de tener yo dos casos

de rectitis estenosantes tratadas por este método con resultados halagadores, me han incitado a molestar, por un momento, la atención de los oyentes, relatándoles mis resultados.

H. Clínica.—I. B. de A., de 42 años, uruguayo.—Ingresa al Hospital Maciel en la noche del 17 de Enero del corriente año, con un cuadro de obstrucción intestinal. Nos dice que el día de su ingreso, a las 5 de la mañana, había sentido fuertes dolores en la F I I, irradiando de allí al resto del vientre, con vómitos acuosos y alimenticios, eructos abundantes y expulsión de gases por el ano. Este cuadro le duró con intermitencias hasta la hora 23 en que ingresa al hospital.

En sus antecedentes, nos dice, que hace unos 6 o 7 años que sufre del intestino, teniendo crisis dolorosas bastante pronunciadas, acompañadas de tenesmo rectal, notando en estas crisis que su ansa sigmoidea se ponía dura y dolorosa. Insiste en que, desde hace 6 o 7 años es constipada, moviendo el vientre solamente a fuerza de lavajes repetidos, hasta 2 y 3 veces en el día, y evacuando solamente materias fecales del grosor del dedo meñique, nunca más gruesas. Nos cuenta también, que hace 4 años, un médico de campaña le había diagnosticado estrechamiento del recto y que le había hecho una sola dilatación, después de la cual, continuó sufriendo como antes.

Al examen clínico se nota su vientre distendido, palpándose en la F I I el colón sigmoide lleno de materia. Tacto rectal, A unos 6 centímetros del ano el dedo choca contra un diafragma rígido inextensible, que a penas da pasaje a la extrema punta del dedo explorador, aun ejerciendo bastante presión. La mucosa vecina es blanda y sin particularidades dignas de mención. El tacto provoca la salida de un líquido sanguinolento. Se administra, con una sonda de Nelaton, un lavaje glicerinado, consiguiendo que la enferma tenga una abundante deposición de color oscuro, expulsando materias de calibre fino. Se envía a la Sala. En los antecedentes no se pudo encontrar nada que acusase algún periodo de rectitis aguda. La enferma fué histerectomizada por vía vaginal hace 9 años, cosa que nos hace pensar que la estenosis puede ser debida a algún proceso cuatrivial. El Doctor Navarro, a cuyo Servicio ingresó la enferma, aconseja el tratamiento por la diatermia. R. W. H. Se hace tratamiento intenso durante un mes con Salvarsan y Bismuto sin notar ningún cambio.

Febrero, 17.— Se inician las aplicaciones de diatermia. Esta se hace según la técnica de Bensande y Marchand. Diatermia a 3 polos, 2 inactivos colocados en el vientre y en la región lumbo-sacra y 1 activo. El polo activo lo constituye un bujía de Hegard. La primera aplicación es hecha con una bujía N.º 10, cuyo calibre concuerda con el

orificio de la estenosis, es decir, pasa rozando suavemente. La duración de la aplicación es de 15 minutos, con una intensidad que varia de 2 a 2 y $\frac{1}{2}$ M a. Las "seances" se repiten cada 2 días, aumentando el calibre de la bujía pasando a la inmediata. Vuelvo a insistir en el hecho de que siempre las bujías pasaron a rozamiento suave y muy fácilmente.

Febrero, 24.—B. N.º 23.—La enferma declara categóricamente, que desde que se está aplicando la diatermia mueve el vientre espontáneamente.

Marzo 8 30.—Tacto Rectal.—El dedo penetra hasta la articulación falango - falángica. La mucosa por encima del estrechamiento se muestra de aspecto verucoso. Los tejidos al nivel de la estrictura dan la sensación de estar más blandos.

Marzo, 20. Se siguen las aplicaciones. — Pasa la bujía N.º 20. Tacto Rectal. El dedo penetra hasta la metacarpo - falángica. La enferma continúa evacuando espontáneamente el vientre 2 y 3 veces por día, evacuando materias de grueso calibre.

Rectoscopia.—La mucosa rectal por debajo de la estrictura tiene aspecto normal. El anillo aparece bajo forma de media luna a concavidad anterior, revestido de mucosa sana. Sobre la pared anterior del recto no hay señales de estrictura. La cara anterior y lateral izquierda, por encima de la estenosis está cubierta de vegetaciones mamelonadas roja no ulceradas. Mucosa ampular y sigmoidea sana. Se continúan las aplicaciones hasta Abril 4, en que se pasa la bujía N.º 23. La enferma deja de venir a las aplicaciones. La veo en Mayo 20, es decir, un mes y medio después de la última aplicación. Se siente perfectamente bien. Evacua normalmente su intestino, una o dos veces, espontáneamente, dejó de venir a las aplicaciones porque vive muy lejos y porque se halla perfectamente bien.

E. S. de N., de 40 años, uruguayana.—Ingresa al Servicio del Profesor Navarro en Enero 24, por un voluminoso quiste del ovario.

En el interrogatorio dice que hace 28 años que sufre de perturbaciones intestinales, caracterizadas por fuertes dolores intestinales con diarrea, evacuando materias con sangre. Tenesmo rectal. No recuerda haber expulsado pus por el ano ni haber tenido fenómenos de rectitis aguda, pero dice que hace unos cuantos años tuvo un período durante el cual expulsaba mucosidad blanca por el ano. Hace resaltar que siempre ha tenido dificultad en la evacuación de su intestino. Durante estos 28 años las materias fecales han sido anormales, ya sea diarreicas, ya sea semi duras, ya acintadas, pero nunca duras y moldeadas, ni de grueso calibre, presentando, además, períodos de constipa-

ción que duraban 4 o 5 días, después de los cuales, y siempre con ayuda de lavajes, expulsaba materias blandas diarréicas y muy fétidas.

Tacto rectal.—A cinco centímetros del ano, el dedo explorador se introduce en un anillo que da pasaje, solamente a la yema del dedo. Anillo de bordes duros, lisos e inextensibles. Aun haciendo una fuerte presión; el dedo no progresa. La mucosa, por debajo de la estenosis, es de aspecto normal. La zona supraestructural no es posible examinarla. Tacto rectal muy doloroso. Se instituye el tratamiento por la diatermia. 1.ª aplicación B. N.º 14, que pasa a rozamiento ligero.

Se siguen las aplicaciones aumentando paulatinamente el calibre de la bujía, siguiendo con el tacto rectal los progresos de la cura.

Abril 3. La enferma se queja que después de la última aplicación sintió disuria que se calmó durante la noche.

Abril 21.—Tacto rectal. El dedo pasa casi hasta la articulación metacarpo-falángica. Sobre la pared posterior del recto, a unos 5 cent. del ano se percibe un nódulo indurado, restos del anillo estenosamente. La pared anterior es lisa, sonfle sin ninguna induración. Por encima, la cavidad rectal es infundibular con mucosa indurada, pero lisa.

Abril 28.—Restoscopia, después de haber pasado la bujía N.º 23. Mucosa del canal anal de aspecto normal. A unos 5 cent. del ano se nota una semicircunferencia a concavidad anterior, restos del viejo proceso estenosante. El tubo del rectoscopio franquea sin ninguna dificultad esta zona.

Por encima se ve la mucosa lisa muy congestiva sin otra particularidad. La enferma se encuentra perfectamente bien. Pasa hasta 2 días sin mover el vientre, teniendo que recurrir a laxantes, pero al defecar no siente dolor ni molestias como antes, y evacua materias fecales moldeadas gruesas como no las tenía anteriormente. Deja de hacerse las aplicaciones debido a que tiene que ausentarse para Rivera.

En Junio 5, la enferma escribe desde Rivera comunicándome que se halla en perfecto estado.

Tales son los resultados obtenidos por nosotros aplicando la técnica preconizada por Bensaude y Marchand.

Estos autores recomiendan su método, no solamente en el periodo de estenosis constituida sino también en las rectitis, cualquiera que sea su estado; en el período agudo hacer el tratamiento higiénico y desinfectarse de las lesiones y recurrir a la diatermia a la menor señal de induración de las paredes rectales. La técnica es sencilla, de fácil aplicación y al alcance de todos. Los trastornos que pueden determinar son ligeros. En una de nuestras enfermas sólo constatamos dolores difusos en el recto y una ligera disuria que pasó rápidamente.