

quiste es pequeño, se procederá a su extirpación. Cuando es de gran tamaño, toda maniobra encaminada a practicar su extirpación es muy peligrosa. Se debe proceder a incisión del quiste, vaciamiento, formolización de sus paredes y drenaje. En nuestro caso, el curso postoperatorio fué francamente bueno, siendo dado de alta a los quince días de haber sido intervenido.

BIBLIOGRAFÍA

- J. T. BOTTOMLEY.—Cit. W. W. KEEN, T. III.
V. FERRANDIZ SENANTE.—Med. Española, 6, 32, 1941.
M. GARCÍA PORTELA.—Quistes hidatídicos de pulmón, 1942.
M. HORNO LIRIA.—Med. Española, 5, 36, 1941.
G. ROSEMAN.—Cit. Kirschner Normann, T. II.
F. LOSCERTALES.—Rev. Clin. Esp., 6, 2, 1942.
MUNRO.—Cit. W. W. KEEN, T. III.
MOST.—Cit. MUNRO en Idem.
C. RODRÍGUEZ LÓPEZ-NEYRA y M. SOLER PLANAS.—Equinococosis en España, 1944.

UN CASO DE RECTITIS ULCEROSA CURADO CON TRATAMIENTO TOPICO (*)

G. ZAMANILLO G. CAMINO

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de Tarragona.

No es nuestro propósito entrar en la discusión de la naturaleza y la etiología de una enfermedad, que, como la colitis ulcerosa grave, ha dado lugar a trabajos de tan numerosos y relevantes autores, y entre ellos, de nuestro maestro el Prof. F. GALLART MONÉS, de Barcelona, el cual la estudió perfectamente, en colaboración del Dr. DOMINGO SANJUÁN, en su memorable ponencia presentada al Primer Congreso Internacional de Gastroenterología, celebrado en Bruselas en 1935.

Solamente queremos presentar un caso, en el cual el tratamiento local nos ha dado resultados que nos parecen bastante notables. Este procedimiento, no demasiado acreditado hasta ahora, a nuestro parecer, más por la paciencia y la continuidad obligada y por el tiempo que su aplicación exige que por su misma y real ineficacia, no ha sido objeto de toda la atención que merece. En nuestra opinión, su empleo debe ser rehabilitado, en una enfermedad cuya terapéutica, desgraciadamente, no es muy rica en recursos. Además, la aportación a la misma de las nuevas adquisiciones de la quimio y bioterapia le otorgan, a no dudarlo, una efectividad que estaba bien lejos de obtener en otro tiempo.

Las formas de la colitis ulcerosa de iniciación rectal, de abajo a arriba, como es lo habitual, con sus lesiones situadas cerca del exterior, y, por consiguiente, fácil y directamente abordables, son las más susceptibles de beneficiarse de

este género de tratamiento. Aplicándole precozmente en los primeros estadios de la enfermedad, no solamente llegamos a curar las manifestaciones locales que nos ofrece el rectoscopio, sino que realizamos también una cierta profilaxia, al evitar su progresión a territorios situados más arriba y, por lo mismo, inasequibles a la actuación de nuestros medios directos. La respuesta de estos casos a la terapéutica local exclusiva hace pensar en su origen exógeno, de fuera a dentro, al contrario de aquellos otros "d'emblée", con manifestaciones tóxicas y graves desde el principio, en los cuales la invasión brutal y masiva de grandes porciones del intestino grueso por gérmenes de virulencia exaltada, de procedencia hematógena indudable, que determinan en la submucosa la formación de los pequeños abscesos típicos, sin reacción tisular defensiva a su alrededor y posterior ulceración por caída del epitelio mucoso, hace aleatorio y mucho más difícil el éxito terapéutico. Si las unas y las otras formas son grados del mismo proceso, diferente manera de actuar los mismos factores, según la virulencia del germen y las condiciones del organismo en su conjunto y del intestino en particular, o, por el contrario, de etiología y naturaleza distinta, no es cuestión que a nosotros nos corresponda discutir en este momento.

He aquí, brevemente expuesta, la historia de nuestra enferma:

T. R. P., de cincuenta y dos años. Siempre bien reglada; menopausia hace un año. Un hijo, muerto de accidente. Un aborto de tres meses.

Antecedentes familiares.—Padre, muerto a los setenta y tres años, de cáncer de la vejiga. Ninguno más de interés.

Antecedentes personales. — Crisis comiciales de los veinte a los veintiséis años, que ya han desaparecido. Alguna vez, amigdalitis. Siempre estrefida.

Enfermedad actual.—Desde hace trece años, estreñimiento pertinaz, con escibalos, moco y sangre frecuentemente; dolores abdominales. Abuso de laxantes, que dan lugar a diarrea, con heces pastosas o líquidas, con sangre y moco mezclado. Obligada a guardar cama durante tres semanas, sin fiebre, y tratada posteriormente con 30 inyecciones de emetina, que consiguen disminuir la sangre, pero sin llegar a su completa desaparición ni a la normalización de las deposiciones. Desde hace un año la diarrea se ha hecho más intensa, las pérdidas de sangre más abundantes y frecuentes, sobre todo de un mes a la fecha, durante el cual las emisiones glerosanguinolentas son numerosas y el tenesmo francamente molesto.

El apetito es bueno; el sueño, normal. Ha perdido poco peso, pero se encuentra asténica y deprimida.

La exploración nos muestra una mujer de buen aspecto, ligeramente adelgazada y pálida, pero no se puede hablar de mal estado general. La palpación del abdomen da un resultado totalmente negativo. La boca, mal conservada, con numerosas piezas sépticas. Farínge, normal.

La rectoscopia, practicada algunos días más tarde, nos ofrece a la vista un aspecto típico de la colitis ulcerosa baja. El canal anal se encuentra ya edematoso, frágil, fácilmente sangrante al contacto del aparato; las lesiones son muy netas en la ampolla, con ulceraciones extensas, no perfectamente delimitadas, no pudiéndose hablar de zonas de mucosa sana, apareciendo "en sábana", y dejando fluir un exudado muco-fecal-purulento y casi sangre pura. Más arriba las lesiones aparecen mejor limitadas, con pequeñas y numerosas

(*) Comunicación presentada al Primer Congreso Europeo de Sociedades Nacionales de Gastroenterología, celebrado en Lausana los días 23, 24 y 25 de julio del corriente año.

ulceraciones lineales o de bordes irregulares, "en arañazo", y zonas de aspecto más normal, pero edematosas y frágiles al contacto del porta- algodones, que sale sin cesar manchado de sangre. Las lesiones van disminuyendo a medida que se introduce el rectoscopio, y a 15 centímetros la mucosa, casi sana, con pequeñas zonas equimóticas, "como picoteada", se hace completamente normal a los 18 cm. La penetración del tubo en el curso de una de las sesiones ulteriores, hasta los 25 cm., a pesar de la resistencia de la enferma, nos convence de la normalidad absoluta del sigmoide, lo que nos releva de practicar un enema opaco, por otra parte innecesario, para evitar molestias a la enferma.

Podemos, pues, hablar de una rectitis ulcerosa de forma predominantemente hemorrágica.

El examen microscópico del exudado no acusa sino la presencia de gérmenes banales del intestino, ninguno de especificidad patológica, en absoluto la entameba histolítica, bastantes leucocitos y, sobre todo, glóbulos rojos, como constituido casi enteramente por sangre pura.

El resto de los exámenes de laboratorio practicados (incluso el Wassermann) no dieron ningún resultado de interés.

Dispuestas las medidas generales de tratamiento, de régimen, laxantes suaves y tonificantes orgánicos generales, se da inmediatamente comienzo (29 de enero de 1948) a las aplicaciones tópicas con la pasta de Gaultier a la que se ha añadido ftalilsulfotiazol al 5 por 100, embadurnando minuciosamente con el porta- algodones toda la mucosa. A los tres días se repite la cura tópica, encontrando muy mejorado el aspecto de aquella, las ulceraciones más planas y mejor delimitadas y mucho menos sangrante y frágil. La mejoría se acentúa en las sesiones siguientes, sobre todo desde el momento en que se incorpora a la pasta aceite de vitamina A y caldo conteniendo antivirius a los gérmenes más corrientes del intestino. La última exploración (23 de abril) muestra la mucosa casi completamente normal, solamente una pequeña ulceración casi microscópica, que da una gota de sangre; el resto, quizá ligeramente un poco más rosado, y pequeños puntos blancos (cicatriciales), no muy numerosos y nada frágiles ni sangrantes. Esperamos que con otra aplicación de la pasta y aceite concentrado de vitamina A únicamente en el curso de otra sesión, estos pequeños restos de anormalidad habrán desaparecido por completo. Al mismo tiempo, y esto no haría falta decirlo, esta mejoría local va acompañada de un perfecto estado general, de la normalización absoluta de las deposiciones, sin ninguna clase de laxantes y de la euforia de la enferma, que se encuentra asombrada por la curación de una enfermedad tan molesta, que arrastraba desde hacía tanto tiempo y en un plazo tan breve, cuando ya desconfiaba de alcanzarla jamás.

Del estudio de los resultados obtenidos en nuestra enferma, creemos se pueden deducir ciertas conclusiones de algún interés. En primer lugar, la aplicación de las pastas debe hacerse directamente, embadurnando perfecta y completamente la mucosa en toda la extensión de la zona afectada y aún más lejos, en los territorios situados más arriba y aparentemente sanos, con el porta- algodones abundantemente recubierto, empleando todo el tiempo y toda la paciencia que sea necesaria. Las sesiones, al principio más frecuentes, cada tres o cuatro días, serán, naturalmente, espaciadas más tarde, teniendo en cuenta la mejoría lograda y las reacciones locales y generales del enfermo; pacticadas por la tarde, después de las medidas de limpieza habituales. La administración de pequeñas dosis de opiáceos, en caso de hiperperistaltismo acentuado, puede hacerse, evitando siempre la constipación, de efectos tan perjudiciales en esta

afección. En la composición de la crema, íntimamente mezclados todos sus elementos, deben entrar los polvos inertes, como la creta, el carbonato o subgalato de bismuto, el óxido de cinc, etcétera, de propiedades protectoras, que aislando las ulceraciones del medio séptico intestinal, favorezcan su cicatrización; las sulfamidas de absorción retardada y de acción electiva sobre los gérmenes intestinales, como las guanidinas, el succinil o, como en nuestro caso, el ftalilsulfotiazol; los antivirius y caldos vacunas, que, según las ideas de BESREDKA, despierten las defensas de la mucosa, cuya debilidad es característica de esta afección, y, finalmente, la vitamina A, que por su acción bien conocida, que la hace merecer el sobrenombre de "protectora de los epitelios", encuentra aquí su mejor indicación, revitalizando la mucosa y favoreciendo la reparación de sus pérdidas de sustancia. Los pequeños lavados de suero fisiológico o de solución de cloruro de calcio al 5 por 100, de ampollas de caldos vacunas o soluciones ictioladas, etcétera, practicados en los intervalos de las curas, y lógicamente las medidas generales de tonificación del organismo y supresión de todo foco de infección (como se hizo en nuestro caso con los dentarios), completan el tratamiento y contribuyen al éxito terapéutico.

No se nos escapa que es difícil hablar de curación en una enfermedad cuya tendencia a las recidivas y curso intermitente es una de sus principales características, poniendo a prueba la paciencia del enfermo y del médico. Pero, sin embargo, en este caso, con las naturales reservas, pues solamente su evolución ulterior podrá dar su respuesta definitiva, y aun teniendo en cuenta esto, dada la mejoría obtenida en plazo tan breve (menos de tres meses), después de una duración tan prolongada de la enfermedad, el aspecto proximal normal de la mucosa, que tiende a acentuarse continuamente, y la persistencia de los resultados, nos creemos autorizados a afirmar, al menos por el momento, una verdadera curación.

En consecuencia, en los casos semejantes, con lesiones limitadas al recto y sectores del sigmoide asequibles al rectoscopio y a la actuación directa de nuestros medios, aconsejamos este procedimiento terapéutico, el que a pesar de la paciencia y la tenacidad que requiere, nos proporciona la satisfacción de ver curar una enfermedad tan molesta y rebelde a otros medios menos agresivos y devolver a la sociedad un miembro útil, que poco tiempo antes era casi un inválido.

Seguido posteriormente a la redacción de esta nota el curso de la enfermedad, se mantienen, perfeccionados, los resultados indicados en la misma. Periódicamente ha sido vigilada la enferma, sin que se hayan producido retrocesos dignos de tal nombre. Si en algún examen ha podido descubrirse una pequeña zona frágil, con

minúsculas escoriaciones sangrantes, ha bastado la aplicación de aceite de vitamina A para que a la sesión siguiente todo haya entrado en orden. No obstante, en sesiones cada vez más espaciadas, continuamos las embrocaciones con aquel aceite a concentración normal, insistiendo en las zonas más particularmente susceptibles. El uso de estas aplicaciones, que podemos llamar de "refuerzo" (además de mantener normal la exoneración con el uso no abusivo de laxativos de tipo imbibidor), ha conseguido la normalización del aspecto de la mucosa, la cual, en la última rectoscopia (22 de octubre), puede decirse era absoluta; coloración rosa pálida, sin zonas congestivas ni equimóticas, lisa, sin aterciopelamiento edematoso, como aún se veía en otras anteriores y, sobre todo, lo que más llama la atención, una vascularización de nueva formación; con todo lo cual, a un observador no previamente informado, le sería imposible sospechar que aquel recto haya estado alguna vez enfermo.

RESUMEN.

Se describe un caso de rectitis ulcerosa, predominantemente hemorrágica, de trece años de evolución, rebelde a todas las medidas habituales anteriormente usadas. El tratamiento local, consistente en la aplicación directa, minuciosa, reiterada y periódica de pastas compuestas con polvos inertes, sulfamidas de absorción retardada, caldos vacunas y vitamina A, ha conducido, en el corto plazo de tres meses, a la curación clínica y anatómica de la afección. La observación ulterior de la enferma, en los seis meses siguientes a la redacción de aquella comunicación ha demostrado la persistencia y perfeccionamiento de los resultados obtenidos, manteniéndose y acentuándose éstos con la aplicación, en sesiones rectoscópicas cada vez más distanciadas, de aceite de vitamina A. Se hace resaltar especialmente el valor notable de ésta, en uso local, cuya acción de "reforzamiento" y epitelización de la mucosa ulcerada queda bien patente.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

ESTREPTOMICINA Y TUBERCULOSIS

Peligros de su intempestivo empleo.

F. R. DE PARTEARROYO

Director de los Sanatorios SEAR y Nacional de Valdelatas.

Cuando un nuevo producto aparece en el hasta la fecha interminable archivo terapéutico de la tuberculosis, todos nos precipitamos hacia él; unos con el deseo de curarse, otros con el placer de curar. Rápidamente aparecen publicaciones llenas de entusiasmo, con estadísticas nobles, mas generalmente precipitadas, sin la prueba ineludible del tiempo, que es quien a fin de cuentas consagra lo bueno y desecha lo malo; esta precipitación parece ocasionada como por el deseo común de dar a los que sufren la garantía de una esperanza, la prueba de que no se les olvida en la incesante investigación. Sin embargo, todo ello es peligroso, cuando se trata de un producto que justa y rápidamente adquirió la importancia, el valor terapéutico de la estreptomina, pues entonces, a pesar de cuantas dificultades existan y consejos se prodigan, se difunde su empleo en exceso, y se llega, como está ocurriendo, a sobrepasar las indicaciones, a utilizarla cuando no se debe, ocasionando con ello un descrédito del medicamento e indudablemente perjuicios para la buena y total curación del enfermo.

Medicamente, tenemos la obligación de pensar a lo lejos de la enfermedad, sus posibles alternativas y complicaciones, teniendo en no raras ocasiones que arrostrar el enojo de algún enfermo, por no aceptar sus deseos de utilizar uno de estos remedios que el

público cree maravilloso, razonándole el por qué de no hacerlo, ya que estos hechos a ellos se les escapan por falta del adecuado conocimiento del problema.

Con la estreptomina está ocurriendo lo dicho, es el primer producto de indudable eficacia en el tratamiento de la tuberculosis, pero creemos no será el último, ya que le faltan condiciones para ser ideal, sin, por otro lado, estar desprovisto de inconvenientes, que pueden llegar a constituir un segundo y grave problema. Nos referimos a la estreptomina-resistencia que frecuentemente adquiere el bacilo tuberculoso, y que hasta la fecha no parece reversible. De todo ello queremos ocuparnos brevemente, con arreglo a nuestra ya amplia experiencia actual.

El detalle estadístico de nuestra experiencia será publicado con los Dres. RODRÍGUEZ BETHENCOUR y QUIRÓS. La utilidad de la estreptomina es indudable, pero no ha resuelto el problema de la tuberculosis, como se va observando, después de más continuadas observaciones y pasado el lógico desbordamiento inicial de todos los entusiasmos.

En la meningitis tuberculosa, de indiscutible diagnóstico, y donde sin duda las ilusiones fueron exageradas, después de las publicaciones de HINSHAW, FELDMAN PFUETZE (1946), vamos viendo que a medida que el tiempo pasa, las estadísticas de curaciones van acortándose, como ocurre con las de DEBRÉ, THIEFERY y BRISSAUD, las de COCCHI, referidas por N. RIST, etc. DOLIVO y ROSSI, en el reciente libro de FANCONI, refieren sus fracasos con las dosis inicialmente propuestas por los americanos y con las microdosis en curas pequeñas y repetidas. En el tratamiento que emplean últimamente de microdosis en curas prolongadas, tienen cifradas sus esperanzas, aunque de entre cinco casos tratados de este modo