

DIATÈRMIA EN OTO-RINO-LARINGOLOGIA

pel Dr. MANUEL CUSÍ

La diatèrmia, o sigui, la producció de calor dintre dels teixits per mitjà del corrent elèctric, s'usa per al tractament mèdic i quirúrgic de moltes malalties.

En cirurgia, la diatèrmia s'usa en forma de cauteri per a la destrucció de teixits malalts i de formació anormal. Aqueixa destrucció s'obté quan el corrent diatèrmic passa a través d'ells a una temperatura suficient per a coagular-los «in situ».

La destrucció dels teixits la obtenim també per termo o galvano-cauteri, per electrolisi i per càustics químics, essent substituïbles en molts casos, però inferiors a la diatèrmia en molts d'altres.

El cauteri diatèrmic es diferencia essencialment dels altres cauteris; en el termo i galvano-cauteri la calor es propaga als teixits per mitjà d'un metall prèviament escalfat al roig, i que per ésser els teixits mals conductors de la calor, perd calories en posar-se en contacte amb ells, limitant per aquest motiu l'acció cauteri. En canvi, en la diatèrmia, els teixits no han de conduir calor, sinó el corrent elèctric que la produeix dintre mateix d'ells, podent ésser la producció tan extensa com la zona travessada pel corrent.

El cauteri electro-químic es diferencia de la diatèrmia, en que aquell, en passar el corrent galvànic es produeixen cossos químic-càustics que s'acumulen al voltant dels electrodos produint l'acció cauteri, i en la diatèrmia no es produeix cap alteració química, podent-se usar corrents més intensos amb el corresponent augment de teixit destruït.

Després d'una cauterització galvànica o electrolítica, es pro-

dueix quasi bé sempre reacció inflammatòria en les cauteritzacions amb diatèrmia no hi ha inflamació de cap mena.

CUMBERBATCH, HORMER, JONES, etc., a Anglaterra; NEGELSCHMIDT i altres a Alemanya, han usat la diatèrmia, amb resultats bastant satisfactoris en el tractament de les neoplàsies malignes inoperables de la larinx i esòfag.

No coneixent pràcticament la tècnica de l'aplicació del corrent diatèrmic en regions tan perilloses com són la larinx i l'esòfag neoplàsies, he cregut convenient començar pel tractament de lesions en què per llur situació, poca gravetat i bon estat general del malalt, la meua inexperiència no pogués ésser major dany per al pacient.

Dec advertir, que en la literatura oto-rino-laringològica en llengües espanyoles, no he trobat res referent a aquest assumpte, poc en la francesa, i quelcom més en l'anglesa i alemanya.

Per aquests motius solament descriuré dos dels casos tractats, per considerar-los pràcticament curats.

Observació I. A. E. E., de 18 anys d'edat, veí de Sarrià. Visito el malalt per primera volta el dia 5 d'Abril al matí, convalescent d'una lleugera infecció gripal, i des de fa dos o tres dies es queixa de fort dolor d'orella del costat esquerre. Temperatura 39'4. Examinat el fons de l'orella es presenta el tímpan fortament hiperemià, desllustrat i abombat.

Diagnòstic: Otitis mitja aguda post gripal.

Prescrie instil·lacions de glicerina fenicada i fonents calents freqüentment renovats.

Pronòstic lleu, reservant-me la possibilitat de complicacions mastoidees.

A les 10 del vespre visito novament el malalt qui continua en el mateix estat, més cefalàlgia del costat malalt. Sota anestèsia, practico la miringotomia sortint escassa quantitat de pus, amplio la incisió amb la pinça de CITELLI. Instil·lacions de Chlorazene cada 2 hores i continuació dels fonents calents.

Dia 6. Han remès tots els símptomes menys la temperatura que es manté als volts de 39°. Tractament igual.

Dia 7. Rebo avis que el malalt ha empitjorat. El veig a les 3 de la tarda amb dolor a la pressió i espontani, a estones, de la regió mastoidea esquerra; el malalt està intranquil, desassossegat; per l'obertura practicada en la membrana flueix escassa

quantitat de pus. Suprimeixo les instil·lacions de Chlorazene, continuant els fonents. Temperatura 39'8.

A la nit el malalt està en el mateix estat, a pesar del qual, indico a la família la conveniència que me'l portin a la consulta per aplicar-li calor diatèrmica. Acceptat pel seu pare, l'endemà al matí me'l porten a casa. Temperatura 39'3.

Dia 8.—Iguals símptomes més edema de la regió mastoidea i lleugera desviació del pavelló.

Aplico un electrode, que prèviament vaig fer construir per la casa Metzger, amb una escotadura de forma igual a la del sole retro-auricular, recobert amb una grossa capa de cotó mullat, per a emmotllar-lo completament a les desigualtats de la regió mastoidea, i fer més íntim el contacte amb la pell. Al costat oposat aplico l'electrode passiu, amb les mateixes precaucions i d'un tamany més gran.

Faig passar el corrent i en marcar el mil·liamperòmetre 100, el malalt comença a sentir sensació de calor en el costat malalt, augmento poc a poc el corrent fins que el pacient sent molta escalfor sense sensació de cremor; el mil·liamperòmetre marca-va quasi 200.

Pensava fer una sessió de 5 minuts, però a instàncies del malalt, que hi trobava gran consol, i quasi benestar, allargo fins als 10 minuts. En retirar l'electrode sols s'observa una lleugera hiperèmia de la pell. El malalt es sent molt millorat del dolor.

A la nit em manifesta que entre 6 i 7 del vespre ha sentit l'orella mullada per abundant supuració; continua, encara que molt lleuger, el dolor a la pressió. Temperatura 38'7. Instil·lacions cada 2 hores de Chlorazene.

Dia 9.—Continua la milloria però la supuració és menys abundant. Temperatura 37'8.

Dia 10.—Sessió diatèrmica de 15 minuts en les mateixes condicions que l'anterior.

Dia 11.—Absència absoluta de tumefacció i dolor retro-auricular. Supuració escassíssima. Temperatura 36'6.

Dia 14.—Dono d'alta al malalt completament curat.

Observació II.—El 21 d'Octubre de 1919, veig la malalta J. F. de 37 anys d'edat, casada, la qual des de fa un any ve notant dificultat respiratòria de les dues fosses nassals, anant en augment, fins a arribar a l'oclusió completa des de fa ja 2 mesos, no podent respirar ni expulsar l'abundant secreció nassal.

Des de petita no ha sofert cap malaltia. No trobo antecedents sifil tics, Wassermann negatiu. No puc aclarir l'etiologia.

Fosses nasals àmplies i plenes de mucositats poc consistents.

Netes les fosses nasals veig a la rinosc pia anterior, les coanes ocupades per teixit que sembla de cicatriu, que es mou en intentar la malalta respirar pel nas. Exploro amb l'estilet i no trobo comunicació entre la fossa nasal esquerra i el càvum. En la dreta resta encara una lleugera obertura per la qual faig passar l'estilet, encara que traumatitzant el teixit. Per la rinosc pia posterior veig que el càvum està lliure. La membrana obliterated presenta zones més gruixudes tant en un costat com en l'altre.

Alli onat per una altra malalta amb obstrucció coanal de naturalesa sifilítica, resseco, seguint tècnica recomanada per LAURENS, tot el teixit obliterated, deixant la malalta amb les fosses nasals completament permeable el 3 de N vembre del 19.

El 24 de Desembre del mateix any veig de nou la malalta amb les coanes quasi obstruïdes del tot, manifestant que durant 15 dies o tres setmanes havia respirat normalment, però que ràpidament es reproduí l'obstrucció. L'opero per segona volta el 7 de Gener de 1920, cauteritzant durant els dies successius, com recomana el Dr. BOTEY, amb àcid cr mic tota l'extensió de la ferida. La cicatrització triga més a obtenir-se que en la primera intervenció. Dono d'alta la malalta el 11 de Febrer.

Creia ja curada la pacient, quan a primers de Novembre de l'any passat (un any després de la primera intervenció), torna a la consulta respirant quelcom quan té les fosses nasals lliures de mucositat, però costant li molt aquesta deslliuran a, són poques les estones que pot respirar pel nas i encara molt defectuosament.

Examinada de nou per la rinosc pia anterior i posterior trobo una cortina de teixit cicatricial de m s espessor que la primera. La malalta es resisteix a deixar-se intervenir de nou, i sols ve a la consulta per desobstruir les fosses nasals quan amb els lavatges que li vaig prescriure no pot conseguir el despreniment de les mucositats.

Llegint la comunicació del Dr. McKENSIE a la Reial Societat de Laringologia, de Londres, sobre el tractament de les sin quies del nas tractades per la diatèrmia, vaig pensar en aquesta malalta, i a la primera visita que em féu, posseint ja l'aparell

diatèrmic vaig proposar-li l'aplicació per a curar-li la seva malaltia.

Vaig fer-me construir un electrode format per una tija de metall recoberta de material aïllant en tota la seva extensió amb una extremitat eixamplada de 3 mm. de diàmetre, i l'altra extremitat amb un born per a connectar-lo amb l'aparell.

El 27 d'Abril prop-passat li aplico la primera sessió, que per diverses causes va ésser quelcom accidentada, no podent obtenir la coagulació desitjada.

El 29, havent modificat l'utilatge, consegueixo produir sense gran sensació de dolor (la malalta anestesiada localment), una coagulació de tot l'espessor del teixit i d'una extensió de 5 mm. no essent més extensa per haver de cessar el pas del corrent en travessar tot l'espessor de l'obstrucció. Sensació molt molesta en saltar l'espurna a la paret posterior del càvum.

El 3 de Maig, coagulo la coana esquerra usant el mateix electrode. Faig saltar l'escara de la dreta, veient que la porció destruïda té més extensió de la que s'apreciava abans.

Repeteixo les sessions fins el nombre de 3 en la fossa nassall dreta i de 2 en l'esquerra, canviant de lloc l'electrode en una mateixa sessió.

Dono d'alta la malalta el dia 21 de Maig amb les dues fosses nassals permeables en absolut.

Fa pocs dies, el 23 passat, veig la malalta amb les coanes, potser més lliure que el dia que la vaig donar d'alta.

Els resultats obtinguts en aqueixos dos casos fan preveure l'obtenció d'iguals resultats en la curació o millorament d'altres malalties que els que sobtenen actualment per altres mitjans, crec que són suficients per afirmar que la diatèrmia és un mitjà terapèutic d'alta valor en otorinolaringologia.