

EL PROBLEMA BACILAR ANEXIAL

por el profesor

PEDRO NUBIOLA

Catedrático de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona

Al Dr. Gregorio Marañón

El trabajo admirable, magistral, de MARAÑÓN (1) acerca "El problema de la febrícula" me ha incitado a publicar las consideraciones que la observación clínica sugiere respecto de lo que denomino el Problema Bacilar Anexial, problema grave por lo mucho que atenta al cumplimiento de las funciones de reproducción, aparte de su cuantía nosológica, grave también por las dificultades que entraña en cuanto a profilaxia, diagnóstico y terapéutica.

En el "Problema de la febrícula" engloba el fundamentado y elevado criterio de MARAÑÓN, una serie de interesantes cuestiones o asuntos que tienen el denominador común de la reacción febril, de la persistente fiebre cilla y que no aparecen claramente a los ojos del clínico, dando lugar a desorientación; caben entre ellas las afecciones tuberculosas de los anejos genitales femeninos de que vamos a tratar.

Existen afecciones bacilares de los genitales de la mujer que, bien descritos en los tratados, son, con facilidad relativa, diagnosticadas por el ginecólogo en lo que respecta a hechos anatómicos, a lesión; se diagnostica una anexitis, se opera una anexitis. De las tales, solo en algunas se ha puntualizado su diagnóstico etiológico y en pocas se demuestra *a posteriori* su naturaleza bacilar. (2).

Pero con mucha mayor frecuencia se producen lesiones tuberculosas anexiales, que no son motivo de consulta al especialista cuando se inician y establecen, que a veces ve, o apenas ve el médico de cabecera, que, mucho tiempo después de formalizadas, observamos o descubrimos al inquirir la causa de trastornos menstruales acentuados y persistentes, o más tarde aún, al buscar el motivo de una esterilidad prolongada. La exploración genital demuestra, entonces, la existencia de lesiones fraguadas tiempo atrás y un insistente y meticuloso interrogatorio evidencia que la paciente suscitó, en cierta época de su vida, un *problema clínico*, que quedó sin resolver, o fué interpretado como fiebre de origen gástrico, intestinal o gripal. No fué—nos dicen—una enfermedad grave, pero dejó a la enfermita—niña o ya púber—en un estado de postración, de astenia con febrícula, que se prolongó semanas o meses,

análogamente al cuadro patológico tan bien descrito por MARAÑÓN.

El *antecedente* que señalo lo he podido anotar en más de 80 por 100 de los casos que he diagnosticado de anexitis tuberculosa. Dicho antecedente no es siempre de poca apariencia sino que algunas veces ha determinado fenómenos importantes: ascitis, peritonismo, etc., casi nunca atribuidos a la causa bacilar anexial y promotora.

Los *trastornos menstruales* acompañan casi constantemente a la afección, comenzando muy pronto, o desde el principio del período sexual de la vida si la enfermedad fué en la infancia. Ofrecen diferentes tipos que pueden esquematizarse en los tres siguientes:

A. Menstruaciones abundantes y frecuentes al principio, seguidas de retardos y por fin amenorrea.

B. Menstruación tardía en aparecer, con períodos de amenorrea y tendencia a la reducción en cantidad y duración llegando a la menopausia prematura.

C. Menstruaciones muy prolongadas sin ser abundantes, pérdidas sanguíneas continuas o poco menos durante meses y aún años con largos intervalos de amenorrea.

La *lesión* es muy variable en extensión y en reacción local y general. Unas veces la palpación combinada con el tacto reconoce solo una trompa indurada y nudosa o un ovario abultado y fijo cuando la repercusión en el estado general es muy acentuado, la paciente está siempre enferma; más generalmente se aprecian tumores quísticos y fibrosos, a veces grandes, con fuertes y extensas adherencias a los órganos inmediatos y la paciente las tolera hasta el punto que sigue laborando, si obrera, o llevando una vida social activísima.

La tendencia a la adherencia, a la reacción peritoneal defensiva, fibrosa que tantos apuros da al practicar intervenciones en tales casos, es muy corriente, casi puede considerarse como característica. Por ello el acto operatorio resulta muy cruento y constituye muchas veces una labor además de trabajosa arriesgada, pues debe llegarse a la disección meticulosa a punta de tijera para vencer los vínculos fibrosos entre genitales y otros órganos abdominales y pelvianos.

Concurren ciertas particularidades que interesa mucho señalar y son: variabilidad o cierta inestabilidad de las lesiones, acortamiento del ligamento ancho del lado enfermo, sinequia del útero con fijación de este órgano en retro y lateradesviación, dolor paradójico, influencia menstrual en el curso clínico, hipertrofia de órganos linfáticos, hipoplasia o atrofia genital. Vamos a puntualizar estos asuntos.

Variabilidad o inestabilidad de las lesiones. Una lesión tubérica pequeña, difícilmente apreciable, observada tiempo después en época premenstrual, después de una histerometría, aplicación de laminarias o otra cosa, aparece multiplicada, como una gran anexitis, para volver

(1) Discurso leído en la sesión inaugural de la Acad. Med. Quir. Española, por el Presidente Dr. Gregorio MARAÑÓN. Madrid 1926.

(2) De 167 salpingitis banales examinadas microscópicamente se demostró en 31 casos (o sea 18 por 100) su naturaleza tuberculosa. G. J. LABBÉ. Les annexes tuberculeuses méconnues. Tesis Burdeos 1926.

después a ser difícilmente reconocida. Recuerdo un caso de esta ocurrencia en que intervino el malogrado FARGAS. Había él observado a la paciente negando la existencia de la enfermedad genital que tenía aquella, pocos días después yo la exploré y afirmé una gran lesión anexial; sorprendida la interesada por tan encontradas opiniones volvió a FARGAS quien comprobando el hecho, incluso decidió acto seguido la castración. Son brotes o reacciones intra y perianexiales provocados por cualquier estímulo en el curso de la afección, ello justifica las agudizaciones postnupciales del proceso ignorado y silencioso antes de la boda.

Retracción del ligamento ancho y sinequia con desviación del útero. Después de la agudez y de la reacción defensiva con formaciones conjuntivas en torno del foco sobreviene la retracción y consolidación fibrosa, que da lugar a encojarse y endurecerse el ligamento ancho, éste atrae el útero hacia el foco, haciendo que se lateralice y vaya inclinando hacia el ovario y fondo de Douglas quedando así establecida una retrolaterodesviación uterina secundaria. La retrodesviación—por otra parte, tan frecuente en la práctica—aparece, si el examen es ligero, como la única lesión, pero si el tacto es vaginal como compruébase que el ligamento ancho ofrece los caracteres de dureza y retracción que hemos señalado y mantiene fija la desviación del órgano uterino, así, siendo la causa del vicio de posición, lo es también de su persistencia y acentuación, dificultando casi en absoluto la reducción manual.

El dolor *paradójico*. Puede ocurrir que la paciente acuse un dolor pertinaz en la fosa ilíaca derecha, tal localización determina exploraciones insistentes en busca de una tiflitis, apendicitis o anexitis de aquel lado, no pudiéndola demostrar, se acaba opinando se trata de una apendicemia, o se cree en adherencias de apéndice a ovario; la exploración ginecológica no demuestra nada en dicho lado pero evidencia en cambio que existe mucho en la región anexial opuesta. La enferma no siente dolor en el lado que afirmamos enfermo y quedase estrañada de la paradoja que supone existir lesión donde no le duele y no haberla donde sufre frecuente e intenso dolor. El hecho cabe explicarlo por la retracción del ligamento ancho del lado enfermo, que determina lateralización en aquel sentido y hacia atrás del útero, entonces quedan tensos y tirantes todos los elementos ligamentosos del lado opuesto provocando dolor en el anejo sano.

Puede también que el dolor sea paradójico solo en apariencia, por haberse establecido sordamente una extensa lesión—muy apreciable por su volumen—en un anejo, y comience más tarde su propagación al anejo sano provocando en él dolor; la bilateralidad de las anexitis tuberculosas es muy frecuente, como también que la invasión no sea coetánea o al mismo tiempo en ambos lados.

No es raro observar *hipertrofias linfáticas* nasofaríngeas, amigdalares, etc., que han reclamado desde largo tiempo la atención del facultativo, y por ello mismo no paró mientes en la evolución de la lesión bacilar anexial.

La *hipoplasia genital* sin ser un hecho constante es

bastante frecuente y se explica por la facilidad de infección bacilar de los genitales femeninos internos cuando el aparato genésico no ha completado aún su desarrollo: así, en mujeres mayores de 20 años, se observan vulvas rudimentarias sin desarrollo labial, vaginas cortas, sobre todo en su pared anterior, úteros infantiles, hocicos de tenca miniatura; el contraste de tales circunstancias anatómicas, concurriendo una anexitis, es tan diferente del aspecto de los genitales bajos cuando por ellos se ha extendido el gonococo y llegado a causar lesión anexial, que el observador puede orientar a base de ello el diagnóstico, no de una manera absoluta pues cabe coexistan ambas infecciones y otros casos de excepción. También la *virginidad* inclinando a la exclusión del factor gonocócico orienta a considerar como tuberculosa una lesión anexial, que si bien puede obedecer también a otras infecciones, el caso es mucho menos frecuente.

La repercusión en el organismo del foco tuberculoso anexial puede ser inmediata a su establecimiento, determinando una enfermedad aguda a la que subsigue un estado general precario de larga duración, pero más generalmente pueden observarse las tres siguientes:

- 1.^a Depauperación lenta, insidiosa con febrícula y exagerada reacción psíquica a las causas morales.
- 2.^a Agravación manifiesta, reacciones febriles de alguna intensidad.
- 3.^a Restablecimiento más o menos aparente con tendencia a la adiposis o estado crónico persistente de alguna o notable gravedad.

Corresponden las dos primeras a la invasión y extensión de lesiones y la última a las formaciones fibrosas defensivas que aíslan el foco y privan su actuación sobre el organismo. La adiposis es un efecto de la reducción de la actividad ovárica. La situación crónica grave o con recaídas frecuentes, depende de la propagación a otros territorios genitales y vecinos y de la formación de abscesos fríos que pueden estar profundamente situados en el abdomen.

Las lesiones tuberculosas anexiales aún siendo unilaterales son causa de *esterilidad* prolongada o absoluta, aún con lesiones mínimas, lo que ha hecho pensar en la probabilidad de una impregnación tóxica de las células nobles del ovario y también en acción esclerógena sobre el órgano. Más probable esto último por razón del gran número de casos de tuberculosis de todos grados y localizaciones que no menoscaban en lo más mínimo la actividad ovárica y la función de reproducción. La frecuencia de casos de esterilidad con lesiones anexiales muy pequeñas y antiguas en individuos hijas de tuberculosos o viviendo en medios tuberculosos autoriza a aceptar que las lesiones ováricas, establecidas en la primera edad de la vida, dejaron como residuo una esclerosis del órgano, que en la corteza del ovario obra mecánicamente asfixiando la evolución y oponiéndose a la dehiscencia del folículo, y también en la trompa dificultando la migración del óvulo.

El *aborto* puede ser consecuencia de una lesión tubélica incipiente avivada por los coitos y temprano embarazo, también el aborto es causa, entonces, de

agravación de la afección bacilar en curso. Si la lesión anexial antigua quedó limitada a un anejo y curó, al sobrevenir gestaciones, la retracción del ligamento ancho será causa de abortos repetidos de corta fecha, por lo reacia que es la zona anexial, donde el foco, a la influencia gravídica y oponiéndose al desarrollo progresivo del embarazo, da lugar a irritación del útero provocándose la expulsión del huevo.

La *influencia menstrual* es hecho corriente en los procesos anexiales inflamatorios, pero la reacción continuada largo tiempo, tan parecida, como pautada, en la proximidad de los períodos menstruales, el tipo de febrícula, en el mismo grado y en los mismos días, debe considerarse como peculiar de los hechos tuberculosos; dice MARAÑÓN "la influencia externa más interesante es sin duda la de la menstruación. En las mujeres con febrícula es casi constante que esta sea modificada de diversa manera por el proceso menstrual. Lo más común es que los días premenstruales coincidan con un aumento de la hipertermia, rebajándose ésta, quizás desapareciendo, en los mismos días del flujo y en los primeros subsiguientes, para reanudarse poco después. Menos frecuente es que la exacerbación sea netamente menstrual, es decir, en los días catameniales propiamente dichos". Lo que dice MARAÑÓN refiriéndose a casos de febrícula "auténticamente fímicos, bien del aparato respiratorio, bien del aparato genital" puede decirse que es la regla cuando el proceso está en actividad, cuando las lesiones anexiales bacilares van quedando limitadas por la defensa conjuntiva siguen aún observándose mucho tiempo las reacciones térmicas premenstruales, o en los días anteriores a una menstruación que ya no aparece. En pacientes, que afirmaban no tener nunca movimiento febril, hemos comprobado muchísimas veces que, la observación termométrica repetida y cuidadosa, demostraba en tales días a veces solo durante unas horas, reacciones de algunas décimas, y los siguientes meses ocurría también en la misma época el mismo fenómeno, siendo la temperatura normal o con tendencia a hipotermia en el resto del mes.

Las *lesiones o trastornos secundarios* son por salpicaduras de un proceso que trastornó tanto la pelvis, así dependen de adherencias intestinales y apendiculares, como también de dificultades mecánicas opuestas a la evacuación de la S ílica, motivo de estreñimiento pertinaz con sus inconvenientes, o se producen por motivo análogo diarreas crónicas, colitis pseudomembranosa.

Las adherencias de órganos, los vicios de posición del útero, como la formación de masas fibrosas o fibrocáseosas en el ámbito pelviano motivan, aparte trastornos circulatorios, diversos *reflejos* de repercusión digestiva, en el aparato urinario y sobre todo en el sistema nervioso. Además pues de la influencia directa sobre el organismo y de las alteraciones orgánicas genitales y yuxtagenitales, se producen, en los casos de que tratamos, acciones reflejas a distancia cuya característica es la variabilidad sindrómica y la falta de lesión evidenciable en los órganos a que corresponde.

Dada la frecuencia del contagio tuberculoso y el posible paso de virus filtrable por herencia, que demuestran los trabajos de CALMETTE y sus colaboradores (1) y teniendo en cuenta que, como ya afirmaba FARGAS el pasado siglo, la salpingitis tuberculosa es la localización más frecuente de la tuberculosis genital en la mujer, y que la formalización de un foco tuberculoso anexial se efectúa generalmente sin manifestaciones locales que reclamen la atención hacia dicha zona, es cosa obligada para el médico pensar en tal posibilidad cuando se encuentre ante un caso de niña, puer virgen, o mujer cohabitada en la que se suscite un problema clínico febril o febricular que no pueda diagnosticar con certeza en otro sentido determinado. Hay que pensar en tales casos que puede tratarse de tuberculosis anexial.

Apoyarán el juicio clínico las circunstancias y fenómenos que hemos estudiado,—si existen—motivarán una construcción diagnóstica y esta será afianzada por la exploración genital, en tales casos imprescindible en absoluto.

Importa insistir en este punto. Contra el reconocimiento de genitales se elevan la falta de hábito del pantiatra y del internista y también las dificultades dependientes de la enferma o sus allegados. Al ginecólogo ya no se le discute—cuando a él se acude—la conveniencia de la exploración, por convencimiento de su probable necesidad. Debe el médico hacer comprender a sus clientes que es por demás sencilla tal exploración, pues se reduce a un simple tacto por vía vaginal, o por vía rectal si es virgen, combinado con la palpación del abdomen. El tacto vaginal bidigital comprueba con relativa facilidad las lesiones que hemos detallado, si el tacto es rectal también, a condición de que el dedo alcance la parte superior de la ampolla y se oriente hacia las regiones anexiales. No es indispensable que al explorar el médico alcance a reconocer muchos detalles, lo que más importa es que se dé cuenta de la existencia de lesiones en tales zonas cosa no difícil en la mayoría de casos—. Ya quedará tiempo para puntualizar la extensión y caracteres de las mismas. Si existe lesión genital, y no ha de atribuirse a otra causa, el diagnóstico de aquel cuadro clínico dudoso queda ya en firme.

Este diagnóstico ha de ser lo más precoz posible, de él depende el porvenir sexual de la enferma, el retraso puede privarla de maternidad y dar tiempo a que los hechos genitales sean irreparables.

Un diagnóstico confirmado obliga a sentar acto seguido las bases de una terapéutica bien encaminada, higiénica, dietética, medicamentosa y sobre todo helioterapia, que produce sorprendentes y rápidos resultados. No es ahora momento de discutir y de ahondar en este capítulo del tratamiento, pero sí clamar porque estas enfermas no sigan—por carecer de diagnóstico—encamadas, en habitaciones de pésimas condiciones para su dolencia y sobre todo que no se las someta a verdadero ayuno, disfrazado con nombre de régimen alimenticio.

(1) *La Presse Médicale*, núm. 90, 10 Noviembre 1926, París.

Basta con lo dicho para mi objetivo pero no estará de más que añada una consideración que hoy día comienza a propagarse. Da gran pena la convivencia en medios familiares, ya modestos, ya opulentos o acomodados, de un bacilífero con organismos juveniles e infantiles; en casa del obrero será una abuela o un tío cuando no uno de los progenitores que conlleva una bronquitis crónica, en otros medios será una aya antigua de toda confianza, una *miss* o una *fraulein* que a ratos, con disimulo, tose; en casos de tuberculosis anexial como en los de muerte de niños repetida en el mismo hogar puede ser que nos enteremos de una cosa que los interesados ni remotamente sospechan: de la existencia de un foco tuberculoso familiar.

UN CASO DE LARINGOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO INTRALARÍNGEO

por el doctor

M. ARIS

de Barcelona

La casuística de los cuerpos extraños de las vías respiratorias es hoy enorme. No hay otorrinolaringiatra acostumbrado al manejo del instrumental de laringotraqueobroncoscopia que no tenga en su estadística uno o varios casos y por eso requiere la publicación de un caso clínico de esa especie, la justificación que le salve del reproche de vulgaridad.

La clase, forma, materia y sitio de implantación del cuerpo extraño y el procedimiento que nos obligó a seguir para extraerlo justifican la publicación de éste caso clínico.

Los niños con sus travesuras y curiosidades son los que nos plantean con mayor frecuencia problemas clínicos de forma y solución insólitas.

Así como en el adulto los cuerpos extraños del esófago y vías respiratorias casi siempre son los mismos o poco menos, el niño lo mismo se traga una moneda, que lanza por distracción o picardía a sus bronquios un automóvil... de hoja de lata.

El cuadro es siempre el mismo. El niño no contento con manosear lo que es suyo, que acaba por aborrecer, le interesa lo de los demás. Así se acerca a la criada que acaba de abrir un paquete de judías y después de tirar unas cuantas se mete una en la boca que, al menor descuido, es la causante de una tragedia; como le atraen los objetos de las personas mayores, collares, sortijas y pendientes, los que por un movimiento instintivo o biológico (¿no es el hambre el origen del conocimiento como afirma TURRÓ? ¿No es la boca del niño generadora de nociones del mundo exterior?) se lleva a la boca y por una brusca inspiración, provocada por la risa, el llanto o la sorpresa, o después de un golpe de tos se va a la laringe y a los bronquios.

He aquí uno de esos casos.

La niña N. N. de cinco años de edad se va de visita a casa de una vecina, y se interesa por unos pendientes de color azul muy pronunciado.

La dueña de la casa, benevolente, le dá uno, y la

niña después de mirarlo, tocarlo y remirarlo se lo pone en la boca y sin que ella pueda explicarlo, ni los que lo vieron tampoco, se lo traga. Un momento de esuapor. La niña intenta vomitarlo sin conseguirlo, presentándose de pronto ligera asfixia que dura unos segundos. Y no pasó más por el momento.

La vecina creída que el pendiente había tomado el camino del estómago, se tranquilizó y mandó la niña a su casa, esperando del tiempo la devolución.

La madre le tenía preparado un baño caliente que la pequeña fué a tomar. Metió un pié en la bañera y sintiendo el agua demasiado caliente dió un grito, presentándose después una asfixia terrible.

Acudió solícito el médico llamado con urgencia, demandando el auxilio inmediato de un especialista porque la niña se moría.

En estado de muerte aparente se hizo la traqueotomía, volviendo la chiquilla a la vida. Momentos después la ví yo.

Pasado el tiempo prudencial para que la niña se rehiciera del choque operatorio y de los momentos de trágica angustia pasados, se propuso la extracción del cuerpo extraño por las vías naturales.

Examiné el otro pendiente y su forma y materia me desconsuelan. Estaba constituido exclusivamente por una piedra, simií amatista, casi redonda, de un centímetro y medio de diámetro, rodeada de un aro de metal muy estrecho para sostenerla y de otro arito con su gancho para ponerlo en el agujero del lóbulo de la oreja.

Accediendo a reiteradas solicitudes de la familia intento la extracción sin anestesia.

Logro, con mucha dificultad ver el pendiente y después de varias tentativas, cambiando cada vez las pinzas extractoras, logro hacer presa en él, pero se me escapa, haciendo el ruido particular de roce de un cuerpo metálico con un cristal.

Para convencerme y convencer a los demás de la dificultad de extracción, intento coger el otro pendiente que puse sobre una mesa, con el tubo broncoscópico y con las mismas pinzas que había empleado, repitiendo la maniobra cada vez que cambiaba la forma de la pinza, no habiendo manera de pescarlo. Entonces me convenzo de la inutilidad de mis esfuerzos porque siendo el cuerpo extraño, duro, de superficie lisa, untado de saliva que lo hacía más resbaladizo, era un imposible físico extraerlo y sin anestesia mucho más.

Propongo la laringotomía que es aceptada.

Una vez dormida la niña al cloroformo, vuelvo a intentar la extracción por vías naturales y los mismos hechos y las mismas razones me hacen desistir, máxime no queriendo prolongar demasiado la anestesia.

Al retirar la cánula de la tráquea, para hacer el corte en la línea media, como siempre me ha sucedido en casos análogos, la enfermita deja de respirar; no terminando la alarma clorofórmica hasta haber puesto de nuevo la cánula y haberla movido un poco para despertar el reflejo traqueal.

Reanudada la operación sin contratiempos y después de hacer el corte y separar los músculos prelaríngeos, encuentro la tráquea y laringe metidas como en una